

管理医療機器

販売業
貸与業

営業所管理者の届出

(※該当しないものに二重線を引いてください)

(宛先)
広島市保健所長

〒 電話
住所
氏名

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

次のとおり、特定管理医療機器営業所管理者を設置しましたので届出をします。

許可の種類 (該当する項目に☑してください。)		☐ 薬局 ☐ 店舗販売業 ☐ 卸売販売業
許可番号及び年月日		(有効期間開始日) 第 号 年 月 日
営業所の名称		
営業所の所在地		〒 (電話) (FAX) 広島市 区
管理者	氏名	
	住所	〒
	医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則第 175 条第 1 項に基づく管理者の資格 (該当する項目に☑してください。)	☐ 第 1 号 補聴器営業所管理者の基礎講習の修了者 ☐ 第 2 号 家庭用電気治療器営業所管理者の基礎講習の修了者 ☐ 第 3 号 プログラム特定管理医療機器営業所管理者の基礎講習の修了者 ☐ その他 検体測定室の運営責任者である看護師又は臨床検査技師 ☐ その他 規則第 162 条に基づく高度管理医療機器等営業管理者の資格者等
取扱品目 (該当する項目すべてに☑してください。)		☐ 補聴器 ☐ 家庭用電気治療器 ☐ 家庭用管理医療機器 (一般的名称：) ☐ 検体測定室における検査で使用される医療機器 ☐ プログラム特定管理医療機器 ☐ プログラム特定管理医療機器 (電気通信回線を通じた提供のみ) ☐ 特定管理医療機器 (上記品目以外のものを取り扱う場合)
販売形態 (該当する項目に☑してください。)		☐ 店舗販売 ☐ 訪問販売 ☐ 通信販売 ☐ 伝票販売 ☐ 自動販売機設置等 ☐ その他 ()
備考		
担当者所属・氏名等		(電話)

※ 軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します (承諾されない方はお申し出ください。)。

◎ここから下には記入しないでください。

受付印

(受付)

係 専門員

(伺い)

係 係長