

# 販売業 貸与業 営業所管理者の届出

## 管理医療機器

(※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。

許可の種類別 (該当する項目に☑してください。)	<input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 店舗販売業 <input type="checkbox"/> 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。)
取扱品目 (該当する項目すべてに☑してください。)	<input type="checkbox"/> 第 1 号 補聴器営業所管理者の基礎講習の修了者 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 家庭用電気治療器 <input type="checkbox"/> 家庭用管理医療機器 (一般的名称: ) <input type="checkbox"/> 検体測定室における検査で使用される医療機器 <input type="checkbox"/> プログラム特定管理医療機器 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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。)	<input type="checkbox"/> 店舗販売 <input type="checkbox"/> 訪問販売 <input type="checkbox"/> 通信販売 <input type="checkbox"/> 伝票販売 <input type="checkbox"/> 自動販売機設置等 <input type="checkbox"/> 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)		(伺い)	
係	専門員	係	係長