

管理医療機器 販売業 貸与業 届書

(※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

(法人にあっては、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、管理医療機器の 販売業 貸与業 の届出をします。

営業所の名称		
営業所の所在地		〒 (電話) (FAX) (e-mail) 広島市 区
(法人にあっては) 薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名		
営業所の構造設備の概要		
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。)	<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
兼営事業の種類 (該当する項目に☑してください。)		<input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 医薬品販売業 <input type="checkbox"/> 麻薬小売業 <input type="checkbox"/> 毒物劇物販売業 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし
取扱品目 (該当する項目すべてに☑してください。)		<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

(注意)

- 1 営業所の構造設備の概要欄にその記載事項のすべてを記載することが出来ない時は、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付してください。
- 2 管理者の氏名及び住所の欄は、特定管理医療機器を販売する営業所の場合のみ記載してください。
- 3 管理者の資格欄には、特定管理医療機器営業所管理者が、第175条第1項各号等のいずれに該当するかを☑してください。
- 4 兼営事業の種類欄には、当該営業所において管理医療機器販売業又は貸与業以外の業務を併せ行うときは該当する業種の項目を☑してください。
- 5 取扱品目欄には、該当する項目すべてに☑し、特定管理医療機器以外の管理医療機器のみを販売する場合の「家庭用」にあつては、一般的名称を記載してください。
- 6 販売形態欄には、該当する項目を☑してください。