様式第八十八

販売業

貸与業

管理医療機器　　　　　　届書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 営業所の名称 | |  |
| 営業所の所在地 | | 〒  電話（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （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 | |  |
| 管理者 | 氏　　　　　　名 |  |
| 住　　　　　　所 |  |
| 営業所の構造設備の概要 | | 別紙のとおり |
| 兼営事業の種類 | | □医薬部外品販売業 □化粧品販売業  □毒物劇物販売業　 □医療機器等の製造業・製造販売業・修理業 |
| 備考 | | ［管理者の資格］  医薬品医療機器等法施行規則第175条第1項  イ）高度管理医療機器又は特定管理医療機器営業所管理者講習受講者  ロ）補聴器営業所管理者講受講者  ハ）家庭用電気治療器営業所管理者講習受講者  ニ）プログラム特定管理医療機器営業所管理者講習受講者  ホ）上記以外の者※  ※ 管理者講習受講以外に認められる者  イ）医・歯・薬　　　　　　　　　　ロ）医療機器等総括製造販売責任者  ハ）医療機器製造業の責任技術者　　ニ）修理業の責任技術者  ホ）薬種商適格者　　　　　　　　　へ）販売管理責任者講習（H6～H8）  ト）看・臨（検体測定室の運営責任者）  大学、工業高校で物理学、化学、生物学、工学、情報学、金属学、  電気学、機械学、薬学、医学又は歯学に関する専門の課程を修了等  ［取扱品目］  ・特定管理医療機器　　　 　　・補聴器  ・家庭用電気治療器　　　　 　・プログラム特定管理医療機器  ・家庭用管理医療機器  ［展示販売］  　期間： |

販売業

貸与業

上記により、管理医療機器の　　　　　　の届出をします。

　　　　年　　　月　　　日

住　所　　〒

法人にあっては、主たる事業所の所在地

氏　名

法人にあっては名称及び代表者の氏名

〔連絡先〕　担当者名：

　　　　　　電話番号：

吹田市保健所長　　様

〔連絡先〕　担当者名：

　　　　　　電話番号：