

販売業のみの場合には二重線で消除

管理医療機器 ~~販売業~~ ~~貸与業~~ 届書

営業所の名称		豊島〇〇	
営業所の所在地		〒170-〇〇〇〇 東京都豊島区 〇〇 △丁目 △番 △号 □□ビル◇階×××号	
(法人にあつては) 薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名		代表取締役 〇〇〇〇 取締役 〇〇〇〇	薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名を記載します。
管理者	氏名	〇〇 〇〇	
	住所	〇〇県〇〇市〇-〇-〇 〇〇	
営業所の構造設備の概要		別紙のとおり	
兼営事業の種類		なし	
備考		期間限定で販売等する際には記載してください。	
営業所において、取扱う医療機器区分に〇をつけてください。あわせて、別紙(次ページ)も添付してください。		期限付き販売業届書 〇〇年〇月〇日から〇月〇日まで 「管理」 「補聴器」 「電気治療器」 「プログラム」 「家庭用」 「検体」 「補聴器・電気治療器」 「補聴器・プログラム」 「電気治療器・プログラム」 「補聴器・電気治療器・プログラム」 管理者資格は別紙のとおり	

上記により、管理医療機器の ~~販売業~~ ~~貸与業~~ の届出をします。

〇年 〇月 〇日

申請日を窓口で記入してください。郵送の際は郵送の日を記載してください。

個人の場合は個人の住所、法人の場合は登記されている住所です。
 〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇〇番〇〇号
 株式会社豊島〇〇
 代表取締役 〇〇〇〇

開設者の氏名(法人の場合はあわせて、代表者氏名)を記載。
 届出に関する担当者の連絡先、氏名を記載
 電話番号 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇
 担当者名 〇〇 〇〇

※規則：「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」

□を塗りつぶしてください。不明な場合は窓口にて記入してください。

<p>取り扱おうとする管理医療機器 (該当する欄の□を塗りつぶしてください。)</p>	<p>管理者の該当資格 (該当する資格の□を塗りつぶしてください。)</p>
<p><input type="checkbox"/> 特定管理医療機器 (補聴器、家庭用電気治療器及びプログラム 特定管理医療機器以外)</p>	<p><input type="checkbox"/> 規則第162条第1項第1号又は第2号 <input type="checkbox"/> 規則第162条第2項第1号又は第2号 <input type="checkbox"/> 規則第162条第3項 <input type="checkbox"/> 規則第162条第4項 <input type="checkbox"/> 規則第175条第1項</p>
<p><input type="checkbox"/> 補聴器のみ</p>	<p><input type="checkbox"/> 規則第162条第1項第1号又は第2号 <input type="checkbox"/> 規則第162条第2項第1号又は第2号 <input type="checkbox"/> 規則第162条第3項 <input type="checkbox"/> 規則第162条第4項 <input type="checkbox"/> 規則第175条第1項第1号</p>
<p><input type="checkbox"/> 家庭用電気治療器のみ</p>	<p><input type="checkbox"/> 規則第162条第1項第1号又は第2号 <input type="checkbox"/> 規則第162条第2項第1号又は第2号 <input type="checkbox"/> 規則第162条第3項 <input type="checkbox"/> 規則第162条第4項 <input type="checkbox"/> 規則第175条第1項第2号</p>
<p><input type="checkbox"/> プログラム特定管理医療機器のみ</p>	<p><input type="checkbox"/> 規則第162条第1項第1号又は第2号 <input type="checkbox"/> 規則第162条第2項第1号又は第2号 <input type="checkbox"/> 規則第162条第3項 <input type="checkbox"/> 規則第162条第4項 <input type="checkbox"/> 規則第175条第1項第3号</p>
<p><input type="checkbox"/> 補聴器及び家庭用電気治療器のみ</p>	<p><input type="checkbox"/> 規則第162条第1項第1号又は第2号 <input type="checkbox"/> 規則第162条第2項第1号又は第2号 <input type="checkbox"/> 規則第162条第3項 <input type="checkbox"/> 規則第162条第4項 <input type="checkbox"/> 規則第175条第1項第1号及び第2号</p>
<p><input type="checkbox"/> 補聴器及び プログラム特定管理医療機器のみ</p>	<p><input type="checkbox"/> 規則第162条第1項第1号又は第2号 <input type="checkbox"/> 規則第162条第2項第1号又は第2号 <input type="checkbox"/> 規則第162条第3項 <input type="checkbox"/> 規則第162条第4項 <input type="checkbox"/> 規則第175条第1項第1号及び第3号</p>
<p><input type="checkbox"/> 家庭用電気治療器及び プログラム特定管理医療機器のみ</p>	<p><input type="checkbox"/> 規則第162条第1項第1号又は第2号 <input type="checkbox"/> 規則第162条第2項第1号又は第2号 <input type="checkbox"/> 規則第162条第3項 <input type="checkbox"/> 規則第162条第4項 <input type="checkbox"/> 規則第175条第1項第2号及び第3号</p>
<p><input type="checkbox"/> 専ら家庭において使用される管理医療機器 であって、厚生労働大臣の指定するもののみ</p>	<p>管理者の設置は不要</p>