

管理医療機器 販売業 届書
貸与業

営業所の名称		
営業所の所在地		〒 電話（ ）
（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		
管理者	氏名	
	住所	〒
営業所の構造設備の概要		裏面のとおり
兼営事業の種類		<input type="checkbox"/> 医薬部外品販売業 <input type="checkbox"/> 化粧品販売業 <input type="checkbox"/> 毒物劇物販売業 <input type="checkbox"/> 医療機器等の製造業・製造販売業・修理業
備考		[医療機器販売業・貸与業の種類] ・特定管理医療機器 ・補聴器 ・家庭用電気治療器 ・その他の家庭用管理医療機器 ・プログラム特定管理医療機器 [展示販売] 期間： ～

上記により、管理医療機器の 販売業 届出をします。
貸与業

年 月 日

住所 〒
（法人にあつては、主たる事業所の所在地）
 氏名
（法人にあつては名称及び代表者の氏名）

寝屋川市長 様
 （注意）

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 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できないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 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の販売業又は貸与業以外の業務を併せて行うときはその業務の種類を記載し、ないときは「なし」と記載すること。

様式第八十八（管理医療機器販売業・貸与業届書）の裏面

【管理者】※ただし、医療機器販売業・貸与業の種類が「その他の家庭用管理医療機器」の場合は記載不要

管 理 者	氏 名						
	住 所	〒					
	資 格	<p>【管理医療機器】法施行規則第 175 条第 1 項</p> <p>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習受講者 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※</p> <p>※管理者講習受講以外に管理者として認められる者</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">イ) 医・歯・薬</td> <td style="width: 50%;">ロ) 総括製造販売責任者</td> </tr> <tr> <td>ハ) 製造業責任技術者</td> <td>ニ) 修理業責任技術者</td> </tr> <tr> <td>ホ) 薬種商適格者</td> <td>ヘ) 販売管理責任者講習 (H6～H8)</td> </tr> </table> <p>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</p>	イ) 医・歯・薬	ロ) 総括製造販売責任者	ハ) 製造業責任技術者	ニ) 修理業責任技術者	ホ) 薬種商適格者
イ) 医・歯・薬	ロ) 総括製造販売責任者						
ハ) 製造業責任技術者	ニ) 修理業責任技術者						
ホ) 薬種商適格者	ヘ) 販売管理責任者講習 (H6～H8)						

【営業所の平面図】

(注) ・ビル内にあつて、同一フロアに複数の営業所等がある場合は、当該フロアの全体図も添付してください。

・「医療機器の保管場所」を明記してください。

【連絡先】 担当者名:

電話番号: