

管理医療機器 販売業 貸与業 届書

フリガナ 営業所の名称	
営業所の所在地	〒
	TEL: () FAX: () e-mail: @
(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	
兼営事業の種類	
備考	<ul style="list-style-type: none"> ・新規・移転・相続・合併・組織変更・業態変更・その他 () ・管理者の資格（該当する資格に○印を付ける）： <ul style="list-style-type: none"> ・医薬品医療機器等法施行規則第175条第1項 (第1号、第2号、第3号、第4号、第5号、第6号、第7号) に該当 ・検体測定室における検査で使用される医療機器のみを販売する営業所の管理者（看護師、臨床検査技師） ・上記以外に認められている者 <ul style="list-style-type: none"> 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) みなし合格登録販売者 ヘ) 販売管理責任者講習 ・医療機器販売業・貸与業の種類： 「補聴器」「電気治療器」「プログラム（管理）」「家庭用」「検体」「管理」

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。

年 月 日

住所 〒

（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏名

（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

(あて先)

滋賀県

保健所長

担当者名：

連絡先：



(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等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。