様式第八十八（第百六十三条関係）

販売業

貸与業

管理医療機器　　　　　届書

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな営業所の名称 |  |
| 営業所の所在地 | 〒　　－　　 TEL（ ） － 　FAX（ ） －  |
| （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 | ふりがな氏名 | 　年　　月　　日生 |
| 住所 | 〒　　－　　　　 |
| 資格 | 基礎講習修了（　区分なし　・　医療向け管理　・　補聴器　・　　　　　　　　家庭用電気治療器　・　プログラム　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 営業所の構造設備の概要 | 別紙のとおり |
| 兼営事業の種類 |  |
| 備考 | 取扱品目□補聴器　□家庭用電気治療器　□プログラム（管理）□検体測定室における検査用医療機器のみ□上記以外の特定管理医療機器□家庭用管理医療機器のみ |
| 期間限定の場合の期間 | 　　　　　年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日 |

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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所 | 法人にあっては、主たる事務所の所在地 | TEL（ ） － 　FAX（ ） － 〒 －  |
| 氏名 | 法人にあっては、名称及び代表者の氏名 |  |  |

 　　年　 　月 　　日

（連絡先）担当者

　　　　　電話番号（ ） －

熊本市保健所長　様

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所長 | 課長 | 副課長 | 主査 | 課 | 員 | 起案 　　 年 月 日　この届出を受理したので供覧します。 |
|  |  |  |  |  |  |
| 受付印 | 決裁印 |
|  |  |
| 届出年月日　　　年 　月　 日施設番号　第　　　　　　　号 |

□平面図　□資格を証する書類（原則原本と写し持参※開設者の原本証明記載のある写し可）

（注意）

1. 販売業・貸与業のうち、該当しない業種があれば、二重線で削除すること。
2. 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。
3. 備考欄の該当する項目の□に、✔を付すこと。
4. 臨時販売等で販売期間が限定される場合は、その販売期間を記入すること。
5. 保健所の受付印が必要な場合は写しを別途準備すること。