

販売業のみを行う場合は「貸与業」に、貸与業のみを行う場合は「販売業」に二重線を引いてください。
販売業、貸与業ともに行う場合は、双方に○を付けてくだ

販売業
管理医療機器 ~~貸与業~~ 届書

営業所の名称		株式会社〇〇〇〇 京都支店		【営業所の所在地】 ビル名及び階数まで記載してください。
営業所の所在地		〒〇〇〇-〇〇〇〇 京都市 〇〇 区 〇〇町〇〇-〇〇 ΔΔビル3階 電話 〇75-〇〇〇-〇〇〇〇		
(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		代表取締役〇〇 〇〇、取締役〇〇 〇〇〇		
管理者	氏 名	(ふりがな) 〇〇 〇〇〇〇 〇〇 〇〇		
	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇区〇〇町〇〇-		
営業所の構造設備の概要		別紙のとおり		
兼 営 事 業 の 種 類		<input type="checkbox"/> 医薬部外品販売 <input checked="" type="checkbox"/> 化粧品販売 <input type="checkbox"/> その他		
備 考	取 扱 品 目	<input checked="" type="checkbox"/> 特定管理 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> プログラム <input type="checkbox"/> 検体測定室に		
	管理者資格 第 175 条 1 項 目 (営業日・営業時間	【取扱品目】 該当する箇所にチェックを付けてください。 ① 特定管理：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の特定管理医療機器を取り扱う場合 ② 家庭用：特定管理医療機器以外の医療機器を取り扱う場合		
【営業日・営業時間】 通常の営業日・営業時間を記載してください。		【管理者資格】 医薬品医療機器等法施行規則の該当条文の番号を記載してください。 ※第175条第1項のうち、基礎講習以外に該当する場合は、①医師、②歯科医師、③薬剤師、④医療機器の第1種製造販売業の総括製造販売責任者、⑤医療機器の製造業の責任技術者、⑥医療機器の修理業の責任技術者、⑦みなし合格登録販売者、⑧販売管理責任者講習の修了者、⑨看護師、⑩臨床検査技師等、具体的な資格を括弧内に記載してください。		

上記により、管理医療機器の ~~販売業~~ ~~貸与業~~ の届出を

〇〇年〇〇月〇〇日

〒〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇市〇〇区〇〇町〇〇番地の〇〇

住 所 (法人にあっては、
主たる事務所の所在地)
氏 名 (法人にあっては、
名称及び代表者の氏名)

株式会社〇〇〇〇
代表取締役 〇〇 〇〇
電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

【住所及び氏名】
個人：個人の住所及び氏名
法人：登記上の住所及び氏名

(あて先) 京 都 市 長