　変更前　店舗販売業の兼営事業の種類 等 　別紙[４]

様式(I－3)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 許可番号 | |  | 店舗の名称 | | |  | | | | 記入年月日 |  |
| 相談時及び緊急時の  連絡先  （電話番号・FAX番号・  メールアドレスなど） | | | | 連絡先電話番号等 | | | | | 種別（例：店舗電話番号） | | |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
| 販売・授与する医薬品の区分  (該当するものにチェックをつけること) | | | | | □ 要指導医薬品　　　 □ 第１類医薬品  □ 第２類医薬品(指定第２類医薬品を除く。)  □ 指定第２類医薬品　 □ 第３類医薬品 | | | | | | |
| 兼営事業の種類（行っている事業にチェックをつけること） | | | | | | | | | | | |
| □　医薬品卸売販売業  □　高度管理医療機器（販売業・貸与業）  □　管理医療機器（販売業・貸与業）  □　一般医療機器（販売業・貸与業）  □　医薬部外品販売業  □　化粧品販売業 | | | | | | | □　毒物劇物一般販売業  □　毒物劇物農業用品目販売業  □　毒物劇物特定品目販売業  □　その他（　　　　　　　　　　　　　）  □　***なし*** | | | | |
| ※以下は、 管理医療機器販売業貸与業届出を行う方のみ記載すること | | | | | | | | | | | |
| みなし管理医療機器販売業貸与業届出 | | | | | | | | | | | |
| 業 種 | | | | | | １．販売業　２．貸与業 | | | | | |
| 取扱品目（取扱う品目にレ点をつけること） | □　家庭用  （特定管理医療機器以外の管理医療機器） | | | | | ※取扱い品目が家庭用のみの場合は、営業管理者設置は不要 | | | | | |
| □　管理  （補聴器、家庭用電気治療器、プログラム特定管理医療機器以外の特定管理医療機器） | | | | | 営業管理者 | | □管理者　　□管理者以外の者 | | | |
| 氏名： | | | | | |
| □　補聴器 | | | | | 住所： | | | | | |
| □　家庭用電気治療器 | | | | | 営業管理者の資格：（該当する資格にレ点をつけること）  □　施行規則第１７５条第１項（薬剤師）  □　施行規則第１７５条第１項（みなし合格者 元薬種商）  □　施行規則第１７５条第１項（基礎講習修了者）  □　施行規則第１７５条第１項（その他：　　　　　　　　　）  □　施行規則第１７５条第１項　　号 | | | | | |
| □　プログラム特定管理医療機器 | | | | |