

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		〒 _____ 仙台市 _____ 区 TEL () _____ FAX () _____
(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		<input type="checkbox"/> 個人申請のためなし
管理者	氏名	別紙[2]のとおり
	住所	別紙[2]のとおり
営業所の構造設備の概要		別紙[1]のとおり
兼営事業の種類		別紙[2]のとおり
備考	取扱品目： 別紙[2]のとおり ※薬局等許可をお持ちで、今後の変更届出等が施行令第49条の届出の特例に該当する方は、許可番号をご記入ください。(第 _____ 号) ※ ↓整理番号、届出年月日は記載不要 整理番号：第K _____ 号 届出年月日： _____	

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) 仙台市保健所長

TEL () _____

連絡(担当)者名 _____ 連絡先 TEL _____

(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。
- ※ 届出証明書は発行していません。本届出書の写しをお持ちいただいた方に、收受印を押印した控えをお渡ししますので、届出を証明するものとして保管してください。
- ※ 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を記載する際、代表者に○をしてください。

(管理医療機器)営業所の構造設備概要 等 別紙[1]

整理番号		営業所の名称		記入年月日	
建物の構造	全体の面積 _____m ² (賃貸借の場合は、専有している面積) 木造・鉄筋・モルタル・() 造り _____階建て _____階使用				
営業所の総面積①+②	_____m ²	営業所(事務室及び売場等)の面積①			_____m ²
		①以外で医療機器を保管する場所の面積②			_____m ²
営業所と他の場所との区分	壁・扉・床ライン・床の色・その他()				
②と他の場所との区分	壁・扉・床ライン・床の色・その他()				
保管陳列設備	戸棚 ・ ガラスケース ・ ロッカー ・ 冷蔵庫 その他()				
	材 質			換 気 の 方 法	
	床	天 井	壁		
事務室等				機械換気・自然換気	
保管庫等				機械換気・自然換気	
※床・天井・壁の材質の例：コンクリート・石膏ボード・岩綿吸音板・フローリング・リノリウム・合板・Pタイル・長尺シート 等					
営業所の平面図(別紙可。ただし、用紙の大きさはA4もしくはA3とすること。)					
寸法を記入し、保管貯蔵設備を赤色で図示すること。					

※オフィスビルやショッピングセンター等のフロアの一面に営業所を設ける場合は、当該営業所の位置を明示したフロア全体図を添付してください。

(管理医療機器)管理者及び兼営事業の種類等別紙[2]

整理番号	K	営業所の名称		記入年月日	
業種	1. 販売業 2. 貸与業				
管理者	氏名	↓いずれかにレ点をつけ、管理者を設置する場合は氏名を記入すること <input type="checkbox"/> なし (家庭用のみを取扱うため管理者は設置しません。) <input type="checkbox"/> あり 氏名：			
	住所				
取扱品目	(↓取扱いする品目にレ点をつけること)		管理者の資格 (該当する資格にレ点をつけること)		
	<input type="checkbox"/> 家庭用 (特定管理医療機器以外の管理医療機器)		<input type="checkbox"/> 基礎講習修了者 (高度管理医療機器等) <input type="checkbox"/> 基礎講習修了者 (特定管理医療機器) <input type="checkbox"/> 厚生労働大臣が同等以上の知識及び経験を有すると認めた者 ↓ <input type="checkbox"/> 裏面の該当する資格にレ点をつけること		
	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 上記のうち検体測定室における検査で使用される医療機器のみ取扱う				
	<input type="checkbox"/> 補聴器		<input type="checkbox"/> 基礎講習修了者		
	<input type="checkbox"/> 家庭用電気治療器		<input type="checkbox"/> 基礎講習修了者		
	<input type="checkbox"/> プログラム特定管理医療機器		<input type="checkbox"/> 基礎講習修了者		
<参考>主な取扱品目：					
兼営事業の種類 (↓行っている事業にレ点をつけること)					
<input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 医薬品店舗販売業 <input type="checkbox"/> 医薬品卸売販売業 <input type="checkbox"/> 高度管理医療機器 (販売業・貸与業) <input type="checkbox"/> 一般医療機器 (販売業・貸与業) <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品製造販売業 <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品製造業			<input type="checkbox"/> 医薬部外品販売業 <input type="checkbox"/> 化粧品販売業 <input type="checkbox"/> 毒物劇物一般販売業 <input type="checkbox"/> 毒物劇物農薬用品目販売業 <input type="checkbox"/> 毒物劇物特定品目販売業 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし		

管理者資格（該当する資格にレ点をつけること）	
<input type="checkbox"/>	医師
<input type="checkbox"/>	歯科医師
<input type="checkbox"/>	薬剤師
<input type="checkbox"/>	学歴要件（大学等） ※大学等で、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した者
<input type="checkbox"/>	学歴要件（旧制中学若しくは高校又はこれと同等以上の学校） ※旧制中学若しくは高校又はこれと同等以上の学校で、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した者
<input type="checkbox"/>	医療機器の修理業の責任技術者の要件を満たす者
<input type="checkbox"/>	薬事法改正前の薬種商販売業許可を受けた店舗の適格者で販売業従事登録を受けた者 ※登録販売者試験合格者は該当しません。
<input type="checkbox"/>	その他（ ）

※管理者資格を有することが確認できる書類の原本を持参し、写しを添付すること。

(営業所管理者を設置する場合)

管理者の資格を
証する書類の写し
(原本持参)

用紙はA4サイズとすること。