

# 変更届書

業務の種類別	管理医療機器販売業・貸与業		
許可番号及び年月日	第15P00000号 令和〇年〇月〇日		
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗又は営業所	名称	〇〇医療機器株式会社	
	所在地	堺市堺区南瓦町〇-〇-〇 南瓦ビル1階	
変更内容	事項	変更前	変更後
	営業所管理者	堺市 太郎	堺市 四郎 堺市堺区甲斐町 3-1-13
変更年月日	令和〇年〇月〇日		
備考	<p>[管理者の資格]</p> <p>【高度管理医療機器等】</p> <p>① 規則第162条第1項 イ) 第1号(高度管理医療機器等販売業等管理者講習受講者) ロ) 第2号※</p> <p>② 規則第162条第2項 イ) 第1号(コンタクトレンズ販売業等管理者講習受講者) ロ) 第2号※</p> <p>③ 規則第162条第3項 イ) 第1号(プログラム高度管理医療機器販売業等管理者講習受講者) ロ) 第2号※</p> <p>【管理医療機器】</p> <p>規則第175条第1項 イ) 高度管理医療機器又は特定管理医療機器営業所管理者講習受講者 <input checked="" type="checkbox"/> ロ) 補聴器営業所管理者講習受講者 ハ) 家庭用電気治療器営業所管理者講習受講者 ニ) プログラム特定管理医療機器営業所管理者講習受講者 ホ) 上記以外の者※</p> <p>※ 管理者講習受講以外に管理者として認められる者 イ) 医・歯・薬 ロ) 医療機器等総括製造販売責任者 ハ) 医療機器製造業の責任技術者 ニ) 修理業の責任技術者 ホ) 薬種商適格者 ヘ) 販売管理責任者講習(H6~H8) ト) 看・臨(検体測定室の運営責任者) 【管理医療機器のみ】</p> <p>〔大学、工業高校で物理学、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等〕</p> <p>【医療機器販売業・貸与業の種類(取扱品目)】</p> <p>・高度 ・プログラム(高度) ・管理 ・プログラム(管理) ・家庭用</p> <p>・コンタクト ・プログラム(高度) ・補聴器 ・電気治療器 ・検体</p> <p>・プログラム(高度)(電気通信回線による提供のみ) ・プログラム(管理)(電気通信回線による提供のみ)</p> <p>[申請者の欠格条項] 変更後の薬事に関する業務に責任を有する役員は、法第5条第3号イからトまでに掲げる者に <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する(詳細: )</p> <p>[添付書類の省略] <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input checked="" type="checkbox"/> 管理者資格を証する書類 <input type="checkbox"/> 使用関係証書 <input type="checkbox"/> その他( )</p> <p>名称(△〇営業所) 許可番号(15P00001) (申請 <input checked="" type="checkbox"/> 届出) 年月日: 令和〇年〇月〇日</p> <p>営業所 TEL: 072-000-0000</p>		

上記により、変更の届出をします。

令和〇年〇月〇日

住所〔法人にあつては、主たる事務所の所在地〕

堺市堺区南瓦町3-1

氏名〔法人にあつては、名称及び代表者の氏名〕

堺市医療機器株式会社  
代表取締役 堺市 太郎

堺市長 殿

〔連絡先〕 担当者名: 堺市 三郎  
電話番号: 072-000-0000