

中古医療機器の販売等に関する事前通知書

製造販売業者 御中	
会社名	
住 所	
電 話	- -

作成日		作成者	印
会社名			
住 所			
電 話	-	-	

この度、中古医療機器の販売・授与・貸与（以下、販売等）に関し下記にて事前通知します。

※*印の項目は必ず記載ください。その他の項目で、不明な場合は「不明」と記載します。

1) 中古医療機器に関する情報

製品名*		耐用期間	年	<input type="checkbox"/> 期間内	<input type="checkbox"/> 期間外
型 式		使用期間	年	か月	
製造番号*		使用頻度	1日平均 人		
購入年月	年 月		週平均 日		

2) 機器の品質状況等 ※該当項目にチェック

①保証期間	<input type="checkbox"/> 期間内	<input type="checkbox"/> 期間外	⑥定期交換部品	<input type="checkbox"/> 交換済	<input type="checkbox"/> 未交換
②銘板表示	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	⑦安全装置作動	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良
③添付文書	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	⑧保守点検履歴	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し
④取扱説明書	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	⑨保守点検最終実施日		
⑤付属品	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	⑩修理履歴	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し

※⑧有りの場合、保守点検記録または自主点検記録を添付します。

3) 譲渡元の情報 ※使用者が所有者と同一であれば以上にチェックします。

所有者名*					
住 所*					
使用者名 (医療機関名)*					<input type="checkbox"/> 同上
住 所*					<input type="checkbox"/> 同上
納入業者					

4) 譲渡先の情報 ※使用者が所有者と同一であれば同上・譲渡元と変更がない場合は変更なしにチェックします。

所有者名*					
住 所*					
使用者名 (医療機関名)*					<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 変更なし
住 所*					<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 変更なし
納入業者					

5) 販売等に関する情報

業許可番号*		業許可有効期間*	年	月	日まで
販売等予定年月日					