様式第六十八の五(第百十八条の二関係)

指定高度管理医療機器等製造販売認証承継届書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 承継品目 | 類別 | 名称 | 認証番号 | 認証年月日 |
| 一般的名称 | 販売名 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 承継理由 | 　 |
| 承継日 | 　 |
| 被承継者 | 　 |
| 被承継者の製造販売業の許可番号 | 　 |
| 備考 | 　 |

　上記により、指定高度管理医療機器等の製造販売の認証の承継の届出をします。

　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 　 |

公益財団法人医療機器センター 殿

担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　e-mail

 業者コード

　(注意)

　　　1　用紙の大きさは、Ａ４としてください。

　　　2　この届書は、正副2通提出してください。

　　　3　字は、墨、インク等を用い、邦文にあっては、楷書ではっきりと書いてください。

　　　4　承継品目欄には、次により記載してください。

　　　　(1)　 類別は、医療機器にあっては、令別表第一による類別を記載し、体外診断用医薬品にあっては、「なし」と記載してください。

　　　　(2)　 品目が２以上であるときは、認証年月日の順に記載してください。

　　　5　承継日欄には、相続の場合にあっては、相続日を、その他の場合にあっては承継予定日を記載してください。

　　　6　被承継者欄には、被承継者の氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）及び住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）を記載してください。

　　　7　備考欄には、被承継者の被承継品目の製造販売に係る主たる機能を有する事務所の名称及び所在地を記載してください。