

3 管理医療機器の販売業・貸与業廃止、休止、再開届

管理医療機器等の販売業等の業務を廃止し、30日以上休止し、又は休止していた業務を再開した場合は30日以内に届出が必要です。

(法第40条第2項で準用する第10条第1項)

(1) 廃止届

管理医療機器等の販売業等の業務を廃止した場合には、廃止後30日以内に届け出てください。

<必要な書類等>

- ① 廃止届書（規則 様式第八）（p75 参照）
- ② 届書の控え
- ③ 届書の控えを紛失した場合には紛失理由書（p81 参照）

<留意事項>

経営者の死亡（個人）又は解散（法人）により営業所を廃止する場合は、その相続人、相続人に代わって相続財産を管理する者、精算人、破産管財人、若しくは合併後存続し、又は合併により設立された法人の代表者が代理人として届出を行ってください。なお、その場合は代理人であることを証明する書類を提示してください。

(2) 休止届

管理医療機器等の販売業等の業務を30日以上休止する場合には、休止後30日以内に届け出てください。なお、休止の期間は概ね3か月以内とします。

<必要な書類等>

休止届書（規則 様式第八）（p75 参照）

(3) 再開届

休止していた業務を再開した場合には、再開後30日以内に届け出てください。

<必要な書類等>

再開届書（規則 様式第八）（p75 参照）

様式第八<記載例>

休 止
 廃 止
 再 開
 届 書 } ①

業 務 等 の 種 別	管理医療機器の販売業・貸与業		②
許可（届出）番号及び年月日	第 P○○○○○○○号 ○○年○○月○○日		③
営 業 所	名 称	○○営業所	④
	所 在 地	高槻市○○町○丁目○番○号	
休止、廃止又は再開の年月日	○○年○○月○○日		⑤
備 考	理由：完全廃業 TEL：○○○-○○○○ FAX：○○○-○○○○		⑥

休 止
 上記により、廃 止の届出をします。 } ①
 再 開

令和○○年○○月○○日

住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) ○○県○○市○○町○○丁目○番○号 ⑦

氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) 株式会社 ○○○○
 代表取締役 ○○ ○○

(宛先) 高槻市長

<記載上の注意>

- ① 休止・廃止・再開の別
 - ・休止・廃止・再開から選択して○印を付けてください。
- ② 業務等の種別
 - ・「管理医療機器の販売業・貸与業」と記載してください。
- ③ 許可（届出）番号及び年月日
 - ・管理医療機器等の販売業・貸与業の届書の控えに記載されている届出番号及び届出年月日を記載してください。
- ④ 営業所の名称・所在地
 - ・営業所の名称・所在地を記載してください。
- ⑤ 休止、廃止又は再開の年月日
 - ・休止、廃止又は再開した年月日を正確に記載してください。
 - ・休止の場合には、「〇〇年〇〇月〇〇日から〇〇年〇〇月〇〇日まで休止の予定」と記載してください。
- ⑥ 備考
 - ・休止又は廃止の場合は理由を記載してください。（例：移転、完全廃業、合併など）
 - ・営業所の電話番号及びFAX 番号を記載してください。
- ⑦ 届出者の住所及び氏名
 - ・住所については、個人の場合は現住所を、法人の場合は登記されている本店又は主たる事務所の所在地を記載してください。
 - ・氏名については、法人の場合は登記されている商号及び代表者の氏名を記載してください。
 - ・申請者が死亡（個人）若しくは解散（法人）した場合には、その相続人若しくは相続人に代わって相続財産を管理する者又は清算人、破産管財人若しくは合併後存続し、若しくは合併により設立された法人の代表者が代理人として廃止届出を行ってください。