

中古医療機器の販売又は貸与の事前通知書

管理No. _____

作成日 平成 年 月 日

製造販売業者 受付窓口

〒324-8550

栃木県大田原市下石上 1385

キヤノンメディカルシステムズ株式会社

法規・安全管理部 中古医療機器担当

F A X : 0287-26-6747

営業所 : _____

業許可No. : _____

住 所 : _____

T E L : _____

F A X : _____

管理者 : _____ 印

e-mail address : _____

下記の中古医療機器について、販売又は貸与又は授与することを薬機法施行規則第170条により、通知します。

当該中古医療機器に関する情報は下記の通りですので、製造販売業者としての必要な指示をしてください。

通知の対象 流通段階にある中古医療機器の 販売・貸与・授与

製品名称		機器分類	高管管理・特定保守管理・設置管理		
販売名		型式			
納入年月日	平成 年 月 日	製造番号等			
納入業者名					
製造販売元名					
メーカー保守					
修理履歴状況	有・無（資料は別途添付）				
添付文書	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し				
取扱説明書	<input type="checkbox"/> 有り 年第 版				
標準付属品	<input type="checkbox"/> 有り ○○○ ○○○ ○○○				
	<input type="checkbox"/> 欠品 ○○○ ○○○ ○○○				
外観程度					
機器構成等の詳細情報（詳細については別紙）					
前使用者に関する情報 詳細については別紙					
前使用者名	病院		使用期間暦	年～ 年間	
所在地			使用頻度暦		
TEL			使用者保守		
追記事項					
納入先に関する情報 詳細については別紙					
納入先名	病院		納入先環境		
所在地			納入予定日	平成 年 月 日を予定	
TEL			稼動予定日	平成 年 月 日を予定	
追記事項					

※医療機器は1装置1葉で記入願います