

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 _____ 年 月 日

製造販売業者 受付窓口
〒146-8501 東京都大田区下丸子三丁目 30 番 2 号 キャノン株式会社 メディカルシステム品質保証センター メディカルシステム品質保証部 FAX : 0287-26-6747

営業所 : _____
業許可No. : _____
住 所 : _____
TEL : _____
FAX : _____
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

回答希望日 : _____ 年 月 日

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	年 月 日	製造番号	
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	☐ 有り ☐ 無し		
取扱説明書	☐ 有り 年 第 版		
標準付属品	☐ 有り		
外観程度	☐ 欠品		
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		使用期間歴	
所在地		使用頻度歴	
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		納入先環境	
所在地		納入予定日	
TEL		稼動予定日	
追記事項			

※医療機器は1装置1葉で記入願います