７ 医療機器修理業休止･廃止･再開届

事　　項	１　営業所の業務を休止したとき ２　営業所の業務を廃止したとき ３　営業所の業務を再開したとき （事由が発生した日から30日以内に届出）
必　要 書　類	（１）休止・廃止・再開届書 電子申請ソフトにより出力した鑑及び提出用データ一覧 ＦＤ又はＣＤ－Ｒ （２）添付書類 廃止の場合は，許可証【原本】 （紛失等で添付できないときは紛失理由書）
提　出 部　数	１部（写し等に受付印を押印したものが必要な場合，提出用の１部の他に押印が必要な部数準備し，その旨窓口にて申し出てください。）
提 出 先	営業所の所在地が鹿児島市内：薬務課 営業所の所在地が鹿児島市以外：所轄の保健所
手 数 料	なし

◇ 留意事項

（１）届出に当たっては、電子申請ソフトをhttps://web.fd-shinsei.go.jp/からダウンロードし、PCにインストールし，電子申請ソフトを起動し「医療機器修理業休止･廃止･再開届書」を選択の上、必要事項を入力後、届出書（鑑及び提出用データ一覧）を印刷し、必要箇所に押印の上、提出用届出データを出力したＦＤ又はＣＤ－Ｒとともに提出させる。

（２）ＦＤ又はＣＤ－Ｒは，届出者名及び届出書の様式記号を記したラベルを貼付すること。

（３）その他

・ ３０日以上経過して届け出る場合は，遅延理由書を添付すること。

※届出の提出前に，あらかじめ担当者に連絡の上，届出の内容の確認（FAX・郵送も可）を受けて下さい。
確認を受けた届出を提出する際は，あらかじめ担当者に日時を予約の上，届出を行って下さい。

捨印

様式第八（第十八条，第百三十二条，第百五十九条の二十三，第百七十七条，第百九十六条の十三関係）

休止
廃止
再開 届書 （記載例）

業務の種別		医療機器
許可番号，認定番号又は登録番号及び年月日		
薬局，主たる機能を有する事務所，製造所，店舗，営業所又は事務所	名称	株式会社□○△医療機器販売　○○営業所
	所在地	鹿児島市宇宿一丁目２番３号
休止，廃止又は再開の年月日		
備考		

申請書作成ソフトで作成し、鑑の印刷をした場合，業務の種別，名称・所在地以外は印字されない。
入力内容については，提出用申請データ出力により印字された別紙を添付する。

上記により，休止 / ~~廃止~~ / 再開 の届出をします。

平成　２６年　１１月　２５日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）　〒890-1234
鹿児島市与次郎二丁目３番４号

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）　株式会社□○△医療機器販売　印
代表取締役　○田　△郎
連絡先（０９９）１２３－４５６７

鹿児島県知事　殿

提出用データ一覧

〔休止・廃止・再開〕届書（医療機器修理業）（廃止届の入力例）

【様式】
　【様式の別を示す記号】　：D54（〔休止･廃止･再開〕届書（医療機器修理業））
【提出先】
　【提出先の別】　：2（都道府県）
【提出年月日】　：3220519（令和22年05月19日）
【提出者】
　【業者コード】　：123456000
　【管理番号】　：001
　【郵便番号】　：890-1234
　【住所】　：鹿児島市与次郎二丁目３番４号
　【法人名】　：株式会社□○△医療機器販売
　【法人名ふりがな】　：かぶしきかいしゃ□○△いりょうききはんばい
　【代表者氏名】　：○田　△郎
　【代表者ふりがな】　：○た△ろう
【担当者】
　【郵便番号】　：
　【住所】　：
　【氏名１】　：
　【氏名１ふりがな】　：
　【連絡先】
　　【所属部課名等】　：
　　【電話番号】　：
　　【ＦＡＸ番号】　：
【再提出情報】
　【再提出状況を示す記号】　：1（新規提出）
【届出の別】
　【休止・廃止・再開】　：2　（廃止）
【業種の種別】
　【医療機器】　：4　（医療機器）
【許可番号及び年月日】
　【許可番号】　：46BS000001
　【許可年月日】　：2180701（平成18年07月01日）
【事業所の名称】
　【業者コード】　：123456001
　【名称】　：株式会社□○△医療機器販売　○○営業所
　【ふりがな】　：かぶしきかいしゃ□○△いりょうききはんばい○○えいぎょうしょ
【事業所の所在地】
　【所在地】　：鹿児島市宇宿一丁目２番３号
【休止，廃止又は再開年月日】　：3220501（令和22年05月01日）
【備考】

９桁の算用数字下３桁が000（半角）

任意の数字

数字は全角

事務担当者を入力
住所欄の数字は全角
郵便番号･電話番号等は半角

９桁の算用数字上６桁は提出者の業者コードと同じ（半角）

数字は全角

紛　失　理　由　書（記載例）

私は，許可証を管理不十分により紛失してしまいました。今後かかることのないよう，十分注意し，管理いたしますのでよろしくお取り計らい願います。
なお，紛失致しました許可証を発見したときはただちに返納いたします。

令和　２　年　１１月　２５日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）　〒890-1234
鹿児島市与次郎二丁目３番４号

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）　株式会社□○△医療機器販売　印
代表取締役　○田　△郎
連絡先（０９９）１２３－４５６７

鹿児島県知事　殿

遅　延　理　由　書（記載例）

令和２年　４月　１日に営業を廃止しましたが，３０日以内に届出をしなければならないところ，　失念していたため，今日まで遅延いたしました。
今後注意いたしますのでよろしくお願いいたします。

令和　２　年　１１月　２５日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）　〒890-1234
鹿児島市与次郎二丁目３番４号

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）　株式会社□○△医療機器販売　印
代表取締役　○田　△郎
連絡先（０９９）１２３－４５６７

鹿児島県知事　殿