

(別紙様式 12)

## 医薬品医療機器等法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用等の実施（変更）報告書

上記について報告します。

平成 年 月 日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関・  
保険薬局の  
所在地及び名称

開設者名

⑨

(法人の場合は、法人印)

(連絡先) TEL ( ) -

四国厚生支局長 殿

(実施日・変更日 年 月 日)

### 1. 医療機器

一般名称及び 製品コード	医療機器の 販売名	使用目的、 効能又は効果	医薬品医療機器 等法の承認又は 認証年月	患者からの 徴収額

### 2. 医療機器管理室の整備状況

医療機器管理室	有 ・ 無
当該管理室における常勤の臨床工学士の人数	名