

医療機器安全管理責任者 殿

年 月 日

所属：

申請者：

TEL(内線 & PHS)：

E-mail：

医療機器院内使用届

下記の医療機器について、関西医科大学病院（附属病院）で使用することを届けます。

院内搬入機器名		型式	
院内搬入メーカー		製造番号	
搬入業者名		担当者	
搬入業者TEL		E-mail	
分類（○で囲む）	新規医療機器	デモ代替え器	レンタル 講座購入 在宅機器
納品日又は使用期間			
設置場所			
添付文書 (データ必須※)	あり	なし	
取扱い説明書 (データ必須※)	あり	なし	
その他特記事項			
手続き上の留意点	①当書面は関西医科大学病院（附属病院）で医療機器を使用する場合に必須となります。 ②提出がない場合附属病院における 医療機器の取り扱いを認めません（医薬品医療機器等法） 。 ③関連部門と事前に十分な打ち合わせをおこない了解を得てください。 ④当書面は事務取扱（医用工学部 mece.hira@kmu.ac.jp ）までご提出ください。 ⑤デモ・レンタル時メーカー立ち合いを実施する場合「 立ち合い基準書 」がないと使用できません。 ※データは mece.hira@kmu.ac.jp 宛に本許可願提出後、速やかにPDF形式にて送信ください。		

注意：上記太枠内についてご記入ください。

事務取扱記入欄	受理日	マシ管理番号

資産番号