様式10－３

整理番号

医療機器供給終了届出書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 販売名 |  | |
| 製品名・製品コード |  | |
| 製造販売承認、認証又は届出番号 |  | |
| 承認年月日、認証年月日又は届出年月日  （又は最終一部変更年月日） |  | |
| 使用目的 |  | |
| 供給終了予定時期 |  | |
| 医療機関等で使用されなくなる時期（見込み） | 年　　月頃に使用されなくなる見込み  在庫量：　　（前年度の年間供給実績：　　）  □複数回使用可能な製品の耐用年数：　　年  □複数回使用不可能な製品の使用期限：　　年　　月 | |
| 連絡先 | 担当者氏名： | 電話番号：  E-mail： |
| 備考 |  | |

　上記のとおり、保険適用された医療機器の供給終了を届け出ます。

　年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　殿