

管理医療機器 販売業 貸与業 届書

営 業 所 の 名 称		
営 業 所 の 所 在 地		〒 TEL ()
(法人にあっては) 薬事に関する業務に 責任を有する役員の氏名		
管理者	氏 名	
	住 所	
営 業 所 の 構 造 設 備 の 概 要		別紙のとおり
兼 営 事 業 の 種 類		
備 考	☐ 補聴器 ☐ 電気治療器 ☐ プログラム ☐ 家庭用 ☐ 検体 ☐ 管理	
	(担当者 TEL)	

上記により、管理医療機器の 販売業 貸与業 の届出をします。

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)

大分市保健所長 殿

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 営業所の構造設備の概要欄にその記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 4 兼営事業の種類欄には、当該営業所において管理医療機器の販売業又は貸与業以外の業務を併せて行うときはその業務の種類を記載し、ないときは「なし」と記載すること。

別紙

営業所の名称	
平面図	

※医療機器の保管・陳列場所を明記してください。