

管理医療機器 販売業 届書  
貸与業

営 業 所 の 名 称		
営 業 所 の 所 在 地		〒
(法人にあつては) 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		
兼 営 事 業 の 種 類		
備 考 (取扱う医療機器の種類)		(担当者氏名： 電話： )

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

氏 名

保健所長 様