

管理医療機器 販売業 届書
貸与業

営業所の名称	電話()
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	別紙のとおり
兼営事業の種類	<input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 医薬品販売業 <input type="checkbox"/> 医薬部外品販売業 <input type="checkbox"/> 化粧品販売業 <input type="checkbox"/> 毒物劇物販売業 <input type="checkbox"/> 麻薬小売業 <input type="checkbox"/> 医療機器等の製造業・製造販売業
備考	<p>【医療機器販売業・貸与業の種類】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定管理医療機器 ・補聴器 ・家庭用電気治療器 ・プログラム管理医療機器 ・その他の家庭用管理医療器 ・検体測定室における検査用医療機器 <p><input type="checkbox"/>期限付き販売業届書 (期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)</p>

上記により、管理医療機器の 販売業 届出をします。
貸与業

年 月 日

住所(法人にあつては、主たる事業所の所在地)

氏名(法人にあつては名称及び代表者の氏名)

大阪市長

[連絡先] 担当者名：
電話番号：