

様式第八十八

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		

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 (法人にあつては、主  
たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあつては、名  
称及び代表者の氏名)

船橋市保健所長 あて

( 担当者氏名  
電話番号 )