様式第八十八

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 　 |
| （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 | 【取扱品目】該当項目に☑を入れてください（複数選択可）・特定管理医療機器□補聴器　□家庭用電気治療器　□プログラム特定管理医療機器　□検体測定室における検査で使用される医療機器　□その他の特定管理医療機器・特定管理医療機器以外の管理医療機器□家庭用管理医療機器（家庭用電気治療器以外） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　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