

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		【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する医療機器 □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)