

記載例

管理医療機器 販売業
貸与業

届書

どちらか一方の時は、不要な文字を消してください。

営業所の名称		〇〇メガネ株式会社 鶴川店	
営業所の所在地		町田市鶴川〇丁目〇番〇号 Tel 042 (〇〇〇) 〇〇〇〇	
(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名		町田 花子、町田 一郎	
管理者	氏名	町田 八郎	資格 施行規則 第175条第1項第 号 資格に該当する条文の号数をご記入ください。
	住所	町田市森野〇丁目〇番〇号	
営業所の構造設備の概要		別紙のとおり	
兼営事業の種類		なし	
備考		「家庭用」「管理」「補聴器」「電気治療器」「プログラム」「検体」 「補聴器・電気治療器」「補聴器・プログラム」 「電気治療器・プログラム」「補聴器・電気治療器・プログラム」	

管理者が居住している場所をご記入ください。

資格に該当する条文の号数をご記入ください。

薬事に関する業務をご記入ください。

取り扱う品目を○で囲んでください。

どちらか一方の時は、不要な文字を消してください。

手続きされる際に窓口でご記入ください。

届出者住所・氏名をご記入ください。

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〕

東京都町田市森野〇丁目〇番〇号

氏名
〔法人にあつては、名称及び代表者の氏名〕

〇〇メガネ株式会社
代表取締役 町田 花子

町田市保健所長 殿

担当者名 町田 八郎
電話番号 042 (〇〇〇) 〇〇〇〇

担当者名・電話番号をご記入ください。