

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		町田市 TEL ()
(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		
備 考		「管理」「補聴器」「電気治療器」「プログラム」「家庭用」 「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」

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)

町田市保健所長 殿

電話番号 ()
担当者名