

販売業
~~貸与業~~

管理医療機器
届書

業態について不要な文字を消してください。

営業所の名称		〇〇メガネ 町田店
営業所の所在地		町田市 中町△丁目△番△号 2階 Tel 0 4 2 (×××) ××××
(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		町田 花子、町田 一郎
管理者	氏名	町田 一郎
	住所	東京都町田市中町△丁目△番△号 3階
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		「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」

取り扱う医療機器の種類により、届出区分を選択してください。

- ・特定管理医療機器全般：「管理」
- ・特定管理医療機器のうち、補聴器のみ：「補聴器」
- ・特定管理医療機器のうち、家庭用電気治療器のみ：「電気治療器」
- ・特定管理医療機器のうち、プログラム特定管理医療機器のみ：「プログラム」
- ・家庭用管理医療機器（管理者の設置義務なし）：「家庭用」

※「特定保守管理医療機器」の取扱いには別途許可が必要です。

上記により、管理医療機器の
~~貸与業~~ 販売業 の届出をします。

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

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
7階705番

氏名
(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

株式会社〇〇薬品
代表取締役 町田 花子

町田市保健所長 殿

電話番号 0 9 0 (××××) ××××

担当者名 町田太郎