

営 業 所 の 平 面 図

名 称	〇〇メガネ株式会社 町田店
所在地	町田市 中町△丁目△番△号 2階 TEL 0 4 2 (× × ×) × × × ×
別紙のとおり ・営業所の範囲及び医療機器の保管場所を明示し、設備の大きさ（幅×奥行×高さ）を記入してください。 ・この用紙に記入しない場合は「別紙のとおり」と記入し、別途平面図を添付してください。	
※ 当該営業所以外の保管設備 : なし	
名 称 : _____	
所 在 地 : _____	

（ 注 意 ）

- 1 奥行き、間口をm等で記載し、住居等との区画を記載すること。
- 2 医療機器の陳列貯蔵の位置、大きさ（m等）を記載すること。

※ 当該営業所が自ら管理する別の専用保管場所を設置する場合（東京都内に限る）は、その名称、所在地を記載し、その平面図を添付すること。