

様式第八十八（第六十三条関係）

いずれかの業種の場合、該当業種以外に二重取り消し線を引くこと。

捨 印

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		ビル・建物の名称、階数（部屋番号等）も明示すること
管理者	氏名	※家庭用のみの場合は、管理者不要
	住所	店舗所在地ではなく、管理者の住所を記載
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	<p>【取扱い区分】</p> <p>管理医療機器 ・ 検体測定医療機器 補聴器 ・ 家庭用電気治療器 プログラム ・ 家庭用管理医療機器</p> <p>・ 取扱医療機器の区分を <input type="checkbox"/> で囲む</p> <p>・ 医療機関向けの医療機器などを取扱う場合は、管理医療機器 を囲む</p> <p>・ 検体測定室において使用する医療機器のみの販売等を行う場合は、検体測定医療機器 を囲む</p>	

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
(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏 名
(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

TEL () -

法人の場合は、登記された法人代表者印



印

奈良市保健所長

担当者名 :
担当者 TEL :
※郵送申請の場合は必ず記入して下さい