

様式第八十八（第百六十三条関係）

いずれかの業種のみの場合、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 届書
~~貸与業~~

営業所の名称	別紙のとおり	
営業所の所在地	別紙のとおり	
管理者	氏名	別紙のとおり
	住所	別紙のとおり
営業所の構造設備の概要	別紙のとおり 期限付き販売・貸与業の場合、別紙「営業リスト」が該当	
兼営事業の種類		
備考	<p>期限付き販売業・貸与業届書 いずれかの業種のみの場合、該当業種以外に二重取り消し線を引くこと。</p> <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> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・ 取扱医療機器の区分を <input type="checkbox"/> で囲む ・ 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 ・ 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 </div>	

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。

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

期限付き販売業・貸与業 期限付き営業リスト

No.	営業期間	営業場所の名称	管理者氏名	営業担当者 連絡先	貯蔵場所 の有無	備 考
		営業場所の所在地	管理者住所			
1	H○年 ×月◇日 ～ H○年 ×月・□日	○○公民館 ○○室	薬事 太郎	元気 太郎	☑・無	
		奈良市○○町○○番地○○	奈良市△町△△番地△△	TEL 090-0000-0000		
2	H○年 ×月△日 ～ H○年 ×月・▽日	××デパート 3F	薬事 次郎	元気 太郎	☑・無	
		奈良市××町××番××号	奈良市□□町□□番□□号	TEL 090-0000-0000		
3	・ ・ ※予定する期間 を記載。				有・無	
4	・ ～ ・				有・無	
				TEL		
5	・ ～ ・				有・無	
				TEL		

※営業期間が決定している期限付き販売業・貸与業に適用する。
 ※提出した事項に変更が生じた場合は、変更届を提出すること。
 ※営業期間終了したものは、廃止届は不要。