

様式第八十八

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		〒 京都市 区 電話 - -
(法人にあっては) 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	(ふりがな)
	住所	〒
営業所の構造設備の概要		
兼営事業の種類		<input type="checkbox"/> 医薬部外品販売 <input type="checkbox"/> 化粧品販売 <input type="checkbox"/> 毒物劇物販売業 <input type="checkbox"/> その他 ()
備考	取扱品目	<input type="checkbox"/> 特定管理 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 家庭用電気治療器 <input type="checkbox"/> プログラム <input type="checkbox"/> プログラム (電気通信回線を通じた提供のみ) <input type="checkbox"/> 検体測定室における検査で使用される医療機器 <input type="checkbox"/> 家庭用
	管理者資格	第 条 項 号 ()
		営業日・営業時間

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)

電話 - -

(あて先) 京都市長