

※営業期間が決定している期限付き販売業・貸与業に適用します。
 ※届出した事項に変更が生じた場合は、変更届を提出してください。
 ※営業期間を終了したものは、廃止届は不要です。

営業所の管理者の氏名、住所及び資格の該当条文の番号を記載してください。
 ※資格が第175条第1項のうち基礎講習以外に該当する場合は、医師、歯科医師、薬剤師、医療機器の第1種製造販売業の総括製造販売責任者、医療機器の製造業の責任技術者等、具体的な資格も併せて記載してください。

(別紙)

管理医療機器販売業・貸与業 期限付き営業リスト

No.	営業期間	営業所の名称	営業所の所在地	営業所の管理者			貯蔵設備の有無	取扱品目・備考
				ふりがな氏名	住所	資格		
1	令和〇〇年〇〇月〇〇日 ～ 令和〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇公民館 〇〇室	〒〇〇〇-〇〇〇〇 京都市〇〇区 〇〇〇町〇〇-〇〇	〇〇 〇〇〇〇 〇〇 〇〇	〇〇市〇〇〇町 〇〇-〇〇	第175条第1 項第2号	有	電気治療器
2	令和〇〇年〇〇月〇〇日 ～ 令和〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇デパート 〇階	〒〇〇〇-〇〇〇〇 京都市〇〇区 〇〇〇町〇〇-〇〇	〇〇 〇〇〇〇 〇〇 〇〇	〇〇市〇〇〇町 〇〇-〇〇	第175条第1 項第1号	有	補聴器
3	令和〇〇年〇〇月〇〇日 ～ 令和〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇公民館 〇〇室	〒〇〇〇-〇〇〇〇 京都市〇〇区 〇〇〇町〇〇-〇〇	〇〇 〇〇〇〇 〇〇 〇〇	〇〇市〇〇〇町 〇〇-〇〇	第175条第1 項 薬剤師	有	電気治療器 化粧品販売
4	令和〇〇年〇〇月〇〇日 ～ 令和〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇デパート 〇階	〒〇〇〇-〇〇〇〇 京都市〇〇区 〇〇〇町〇〇-〇〇 〇〇デパート〇階				有	家庭用 〇〇 〇〇 TEL:
	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		〒 京都市 区					

各営業所で取扱品目が異なる場合は、当該営業所の取扱品目を記載してください。

各営業所で兼営事業が異なる場合は、当該営業所の兼営事業の種類を記入してください。

番号を付してください。

取扱品目が家庭用の場合は、実地担当者の氏名及び連絡先を記載してください。

