

【記入例】

該当しない業種
があれば、二重
線で削除

管理医療機器 ~~販売業~~ 届書
~~貸与業~~

営業所の名称		〇〇 医療機器株式会社
営業所の所在地		〒000-000 TEL(000)000-0000 FAX(000)000-0000 熊本市〇区〇〇△丁目△番△号 〇〇ビル1階
(法人にあつては) 薬事に関する業務に責任を有する役員の名		〇〇 〇〇、〇〇 〇〇
管理者	氏名	ひご はなこ 肥後 花子 S〇年〇月〇日生
	住所	〒000-0000 熊本市〇区〇〇△丁目△番△号
	資格	基礎講習修了 (区分なし 医療向け管理 補聴器 ・ 家庭用電気治療器 ・ プログラム) その他 ()
営業所の構造設備の概要		別紙のとおり
兼営事業の種類		なし
備考		取扱品目 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input checked="" type="checkbox"/> 家庭用電気治療器 <input type="checkbox"/> プログラム (管理) <input type="checkbox"/> 検体測定室における検査用医療機器のみ <input type="checkbox"/> 上記以外の特定管理医療機器 <input type="checkbox"/> 家庭用管理医療機器のみ
期間限定の場合の期間		年 月 日 ~ 年 月 日

ビル名も記載

上記により、管理医療機器の ~~販売業~~ 届出をします。
~~貸与業~~

臨時販売等で販売期間が限定される場合は、その販売期間を記入

〇〇年 〇月 〇日

提出日を記載

住所 (法人にあつては、主たる事務所所在地) TEL(000)000-0000 FAX(000)000-0000
〒000-0000
熊本市〇区〇〇△丁目△番△号

届出者の氏名・住所
法人の場合は、登記上の
氏名・住所

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) 株式会社 ▼▼
代表取締役 〇〇 〇〇

必ず、担当者の氏名・
電話番号を記載

(連絡先) 担当者 ▼▼ ▼▼
電話番号 (000) 000-0000

熊本市保健所長 様

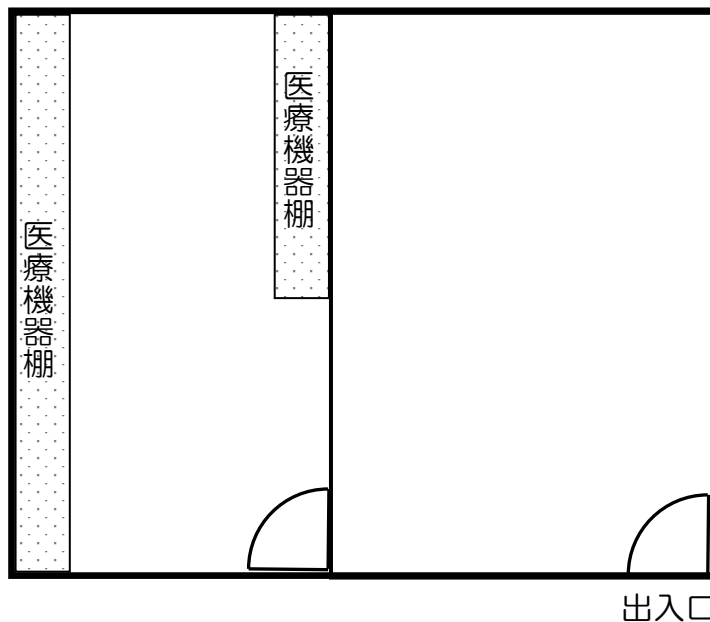
所長	課長	副課長	主査	課員	起案 年 月 日 この届出を受理したので供覧します。
受付印			決裁印		

□平面図 □資格を証する書類 (原則原本と写し持参※開設者の原本証明記載のある写し可)

【記入例】

営業所の平面図

〈記載例〉



医療機器の保管・陳列場所、兼営事業その他の陳列場所及び営業所の出入口を明記してください。
ビル内であって、同一フロアで複数の営業所等がある場合は、当該フロアの全体図も添付してください。

〈フロア全体の配置図例〉

