

管理医療機器 販売業 届書
貸与業

営業所の名称				
営業所の所在地		〒 ー		
(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氏名				
管理者	氏名			資格
	住所			
営業所の構造設備の概要		裏面のとおり		
兼営事業の種類				
備考		(販売・貸与する品目) ※販売期間が決まっていれば期間を記載 担当者： (電話番号) ー ー		

上記により、管理医療機器の販売業の届出をします。

年 月 日

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

大分県知事 殿

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 管理者の氏名、資格及び住所の欄は、特定管理医療機器を販売等する営業所の場合のみ記載すること。管理者の資格欄に記載する場合には、特定管理医療機器営業管理者等が第175条第1項各号のいずれに該当するかを記載すること。
- 4 営業所の構造設備の概要欄にその記載事項のすべてを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 5 兼営事業の種類欄には、当該営業所において医療機器の販売業又は貸与業以外の業務を併せて行うときはその業務の種類を記載し、ないときは「なし」と記載すること。
- 6 備考欄に、販売等を行う品目を記載すること。
- 7 販売・貸与を行う期間が決まっている場合は、備考欄にその期間を記載すること。

