

管理医療機器 販売業 届書
 賃貸業

営業所の名称		株式会社 営業所		
営業所の所在地		〒 市 町 丁目 番地 ビル TEL () FAX ()		
管理者	氏名		資格	備考のとおり
	住所	〒 市 町 丁目 番地		
営業所の構造設備の概要		別紙のとおり		
兼営事業の種類		医薬品卸売一般販売業 ⇨ 該当がなければ「なし」		
備考	管理者の資格： ⇨ 該当する資格に 印を付けてください ・薬事法施行規則第175条第1項第1号に該当 ・薬事法施行規則第175条第1項第2号に該当 ・薬事法施行規則第175条第1項第3号に該当 ・上記以外に認められてる者 ⅰ) 医・歯・薬 ⅱ) 総括製造販売責任者 ⅲ) 製造業責任技術者 ⅳ) 修理業責任技術者 ⅴ) 薬種商適格者 ⅵ) 販売管理責任者講習 医療機器販売業・賃貸業の種類： ⇨ 該当する種類に 印を付けてください 「管理」「補聴器」「電気治療器」「補聴器・電気治療器」「家庭用」			

上記により、管理医療機器の 販売業 届出をします。
 賃貸業

平成 年 月 日

住所

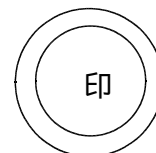
県 市 町 丁目 番地

(法人にあつては、主たる
 事務所の所在地)

ビル5階

氏名

株式会社
 代表取締役



(法人にあつては、名称
 および代表者の氏名)

(あて先)

滋賀県

保健所長



担当者名：

連絡先： -