（期限付き移設形態）

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 | |  | | |
| （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 | |  | | |
| 兼営事業の種類 | |  | | |
| 備考 | | ・期限付き販売業届書  ・取り扱う医療機器の種類：  営業所TEL： | | |

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〔 〕

氏 名〔 〕

堺市長　　　殿

〔連絡先〕担当者名：

電話番号：