

(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〔 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 〕

堺 市長 殿

〔連絡先〕 担当者名：

電話番号：