

販売業
管理医療機器 届書
賃貸業

営業所の名称		××メディカル株式会社 札幌支店	
営業所の所在地		〒△△△-〇〇×× 札幌市**区××条△丁目□-□ 〇〇ビル1階 Tel.〇〇〇-×××× Fax〇〇〇-×××△	
管理者	氏名	○山 ○男	資格 薬事法施行規則第175条第1項〇号
	住所	札幌市**区×△条○丁目□-□	
営業所の構造設備の概要		別紙のとおり	
兼営事業の種類		医療機器修理業	
備考		特定管理医療機器 (補聴器 電気治療器 管理) 家庭用 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 5px;"> 該当するものに○をつけること。 </div>	

該当する資格の種類を記載すること

上記により、管理医療機器の 販売業 の届出をします。
賃貸業

平成 年 月 日

捨印

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地) 東京都〇〇区××△-□-□

法人の場合は、代表者印を押印

氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名) ××メディカル株式会社
代表取締役 ○藤 ○夫

欄外に捨印を押印

印

(あて先) 札幌保健所長

連絡先：電話

担当者