

管理医療機器 販売業 届書
賃貸業

| | | | | |
|-------------|----|----------------------------|----|--|
| 営業所の名称 | | | | |
| 営業所の所在地 | | 〒 Fax | | |
| 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 | | 特定管理医療機器（補聴器 電気治療器 管理） 家庭用 | | |

上記により、管理医療機器の 販売業 賃貸業 の届出をします。

平成 年 月 日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

印

（あて先）札幌市保健所長

連絡先：電話

担当者