

# 管理医療機器 販売業 貸業 届書

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		〒 - ×× 札幌市**区××条 丁目 - ビル1階 - ×××× Fax - ×××		
管理者	氏名	山 男	資格	薬事法施行規則第175条第1項号
	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: 50%; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">該当するものをつけること</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 貸業 の届出をします。

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 区×× - -

欄外に捨印を押印

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 印

法人の場合は、代表者印を押印

(あて先) 札幌市保健所長

連絡先：電話

担当者