

販売業
管理医療機器 貸与業 届書

営業所の名称			
営業所の所在地		〒 豊橋市	
(法人にあっては) 薬事に関する業務に責任を 有する役員の名			
管理者	氏名	資格	講習修了(区分なし・高度・コンタクト・ 医療向け管理・補聴器・家庭用電気・ プログラム) その他()
	住所		
営業所の構造設備の概要		別紙のとおり (プログラムの電気通信回線を通じた提供のみを行う場合を除く)	
兼営事業の種類			
備考		【取扱品目】 医療機関向け管理医療機器・補聴器・家庭用電気治療器・プログラム管理医療機器 検体測定室における検査用医療機器・家庭用管理医療機器 担当者氏名()、営業所電話番号()	

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)

豊橋市保健所長 様

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。
- 3 兼営事業の種類欄には、当該営業所において管理医療機器等の販売業又は貸与業以外の業務を併せて行うときはその業務の種類を記載し、ないときは「なし」と記載すること。
- 4 管理医療機器等の販売業のみを行う場合は「貸与業」に二重取り消し線を引くこと。同様に、管理医療機器等の貸与業のみを行う場合は「販売業」に二重取り消し線を引くこと。
- 5 備考欄の〔取扱品目〕は、該当するものに○を付すこと。

(添付書類)

1 **営業所の平面図**

- ・ 医療機器の貯蔵及び陳列場所を赤で明記し、間口、奥行等をメートルで記載した縮尺 50/1～100/1 程度のもの。
- ・ ビル等の場合はフロー図も添付すること。
- ・ プログラムの電気通信回線を通じた提供のみを行う営業所である場合は不要。

(確認書類)

- 1 **管理者の資格を証明する書類(薬剤師免許証・講習会修了証等)**:確認のため、原本を持参すること。