

管理医療機器 販売業
貸与業 届書

営業所の名称		〇〇販売株式会社 〇〇営業所
営業所の所在地		〒〇〇〇-〇〇〇〇 尼崎市〇〇町〇丁目〇番〇号 TEL (06)-****-****
（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		〇〇 〇〇、〇〇 〇〇
管理者	氏名	〇〇 〇〇
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
営業所の構造設備の概要		別紙のとおり
兼営事業の種類		<input type="checkbox"/> 医薬部外品の販売 <input type="checkbox"/> 化粧品の販売 <input type="checkbox"/> 雑品の販売 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input checked="" type="checkbox"/> なし
備考		（取扱品目） <input checked="" type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 家庭用電気治療器 <input type="checkbox"/> プログラム <input type="checkbox"/> その他の特定管理（ ） <input type="checkbox"/> 特定管理以外の管理医療機器（ ） （特定保険医療材料） 有・ 無

管理者を設置する場合、資格を証する書類の写しを添付してください。

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。

令和〇年 〇月 〇日

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） 〒〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号

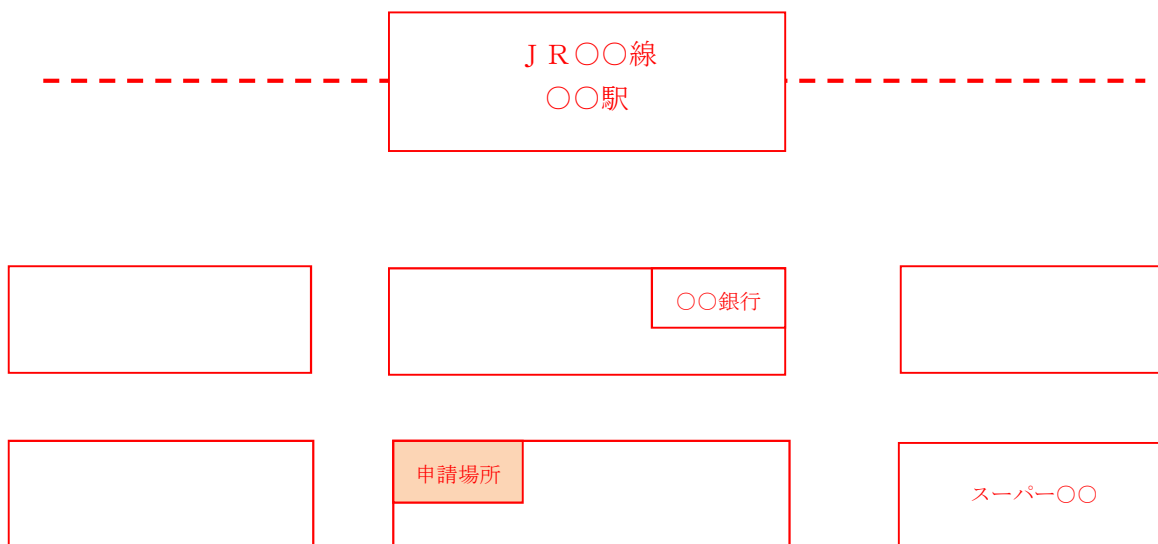
氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名） 〇〇販売株式会社
代表取締役 〇〇 〇〇

尼崎市保健所長 殿

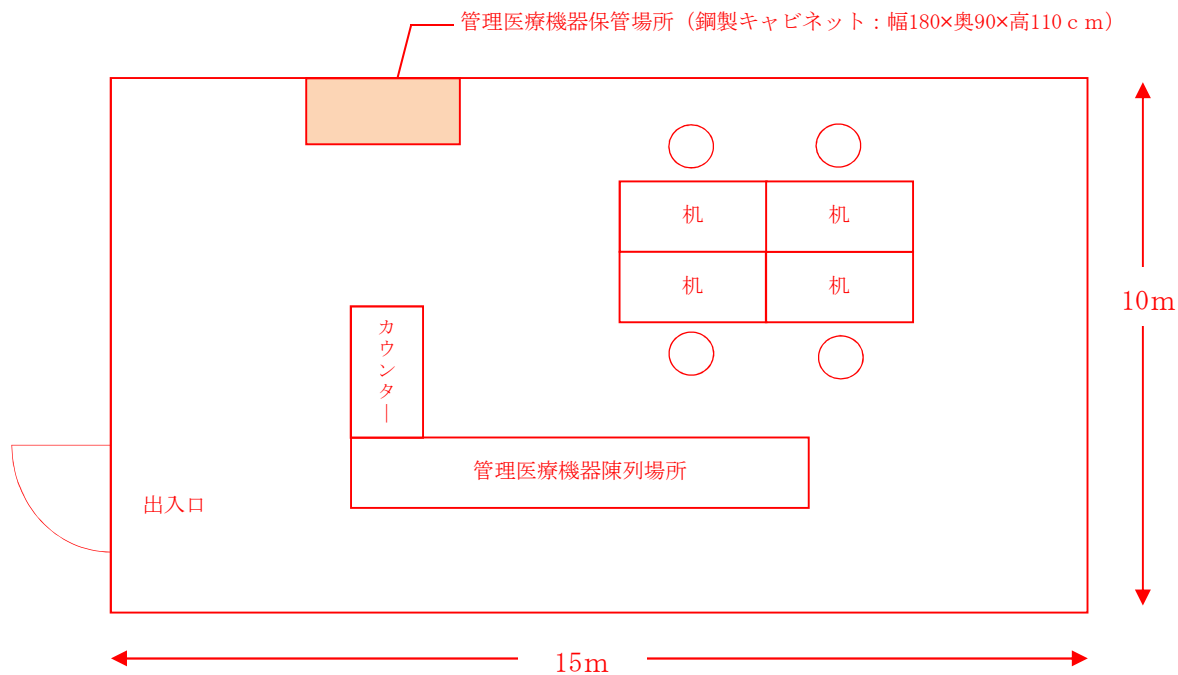
〔連絡先〕 担当者名：〇〇 〇〇
電話番号：090-****-****

営業所の構造設備に関する書類

付近の見取り図：最寄りの駅、国道、バス停、建物等を記載してください。



営業所の平面図：①営業所の概略と医療機器の貯蔵・陳列場所の位置を記載してください。
(なお、医療機関と隣接する場合、その区画は明確に記載してください。)
②営業所全体及び貯蔵設備の寸法を記載してください。



※ 当該営業所以外の保管設備の有無： 有（別紙平面図のとおり）・ 無

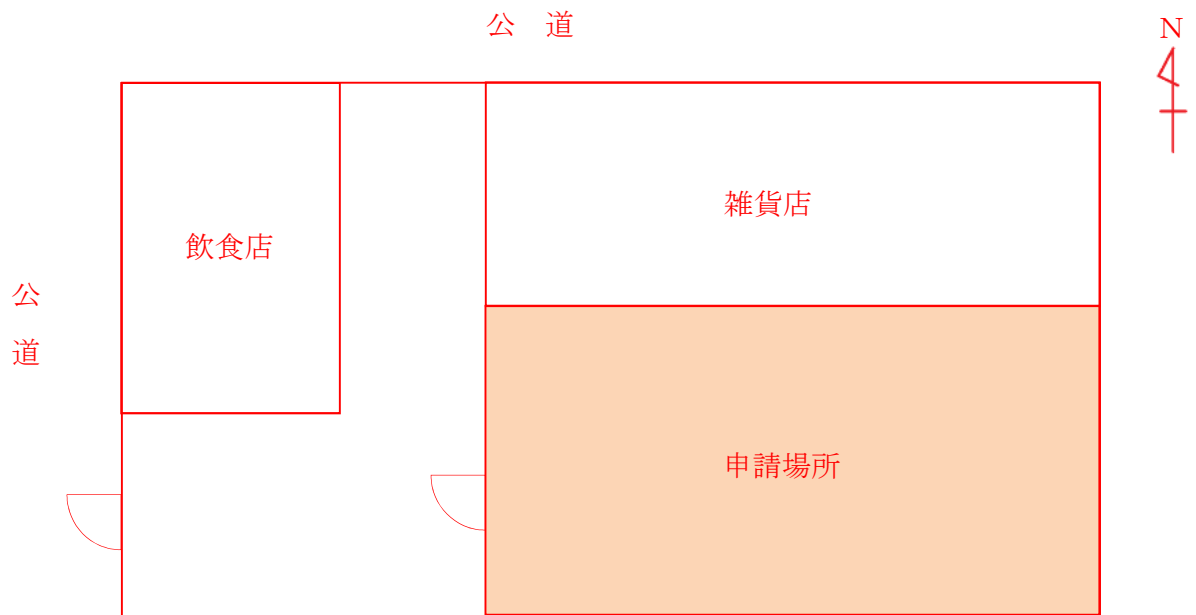
※ 医療機器が大型である等により、別に保管場所を設置する場合は、その名称及び所在地を明記した同様の平面図を添付すること。

建物配置図※

(例1)



(例2)



※ 建物配置図について

独立した店舗の場合、敷地内の建物の配置がわかる図面を添付してください。また、ビル等の同一フロアに複数の店舗がある場合、当該フロア全体の配置がわかる図面を添付してください。