**様式第八十八**（第百六十三条関係）

販売業

貸与業

管理医療機器　　　　届書

販売業

貸与業

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 営業所の名称 | |  | |
| 営業所の所在地 | | 〒　　　－  仙台市　　　　　区    TEL （ ） FAX （ ） | |
| （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 | | □個人申請のためなし | |
| 管理者 | 氏名 | 別紙[２]のとおり | |
| 住所 | 別紙[２]のとおり | |
| 営業所の構造設備の概要 | | | 別紙[１]のとおり |
| 兼営事業の種類 | | 別紙[２]のとおり | |
| 備考 | | 取扱品目：　別紙[２]のとおり  ※薬局等許可をお持ちで、今後の変更届出等が施行令第49条の届出の特例に該当する方は、許可番号をご記入ください。（第　　　　　　　号）  ※ ↓整理番号、届出年月日は記載不要  整理番号：第Ｋ　　　　　　　　号　届出年月日： | |

上記により、管理医療機器の　　　　　の届出をします。

　　　　　年　　　月　　　日

法人にあつては、主

たる事務所の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名

法人にあつては、名

称及び代表者の氏名

（あて先）仙台市保健所長

TEL ( )

連絡（担当）者名 　　　　　　　　　　　　　　連絡先 TEL

（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、楷書ではつきりと書くこと。

※ 届出証明書は発行しておりません。本届出書の写しをお持ちいただいた方に、収受印を押印した控えをお渡ししますので、

届出を証明するものとして保管してください。

※ 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氏名を記載する際、代表者に〇をしてください。