

管理医療機器 販売業  
貸与業 届書

営業所の名称		
営業所の所在地		
（法人にあつては） 業事に関する業務に 責任を有する役員の氏名		
管理者	氏 名	
	住 所	
営業所の構造設備の概要		
兼営事業の種類		
備 考		

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 （法人にあつては、主  
たる事務所の所在地）  
氏 名 （法人にあつては、名  
称及び代表者の氏名）

長崎県知事 殿

(注意)

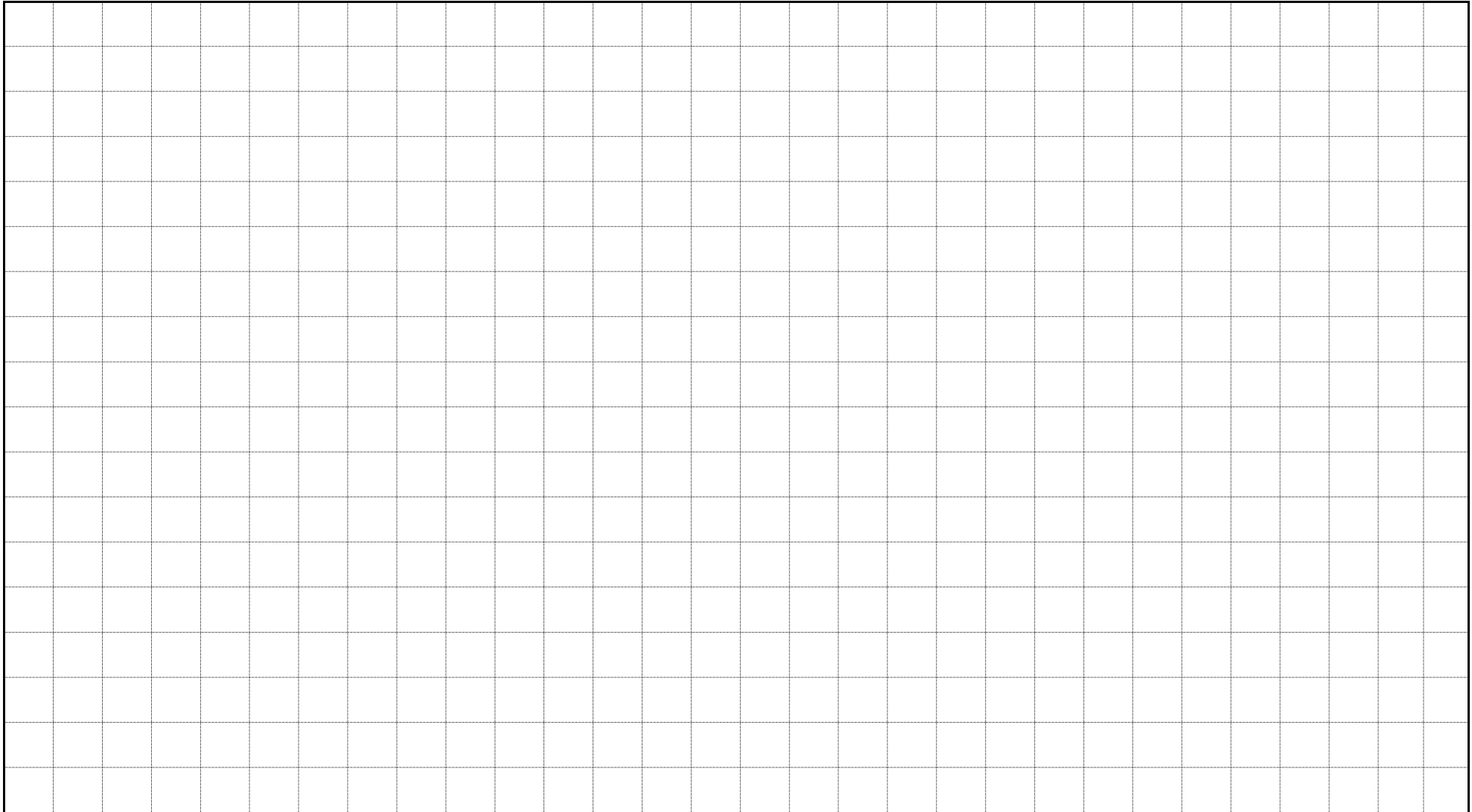
- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 営業所の構造設備の概要欄にその記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 4 兼営事業の種類欄には、当該営業所において管理医療機器の販売業又は貸与業以外の業務を併せて行うときはその業務の種類を記載し、ないときは「なし」と記載すること。

# 店舗の平面図

様式66

医療機器関係の場合 [管理医療機器等の貯蔵・陳列場所、出入口、窓、住居等との区画、店舗の実測の寸法 (メートル)]

薬局、医薬品販売業の場合 [調剤室等、毒薬保管庫、冷暗所、給排水設備、出入口、窓、待合室、便所、倉庫、控室等の設置場所、  
実寸の寸法 (メートル)]



付 近 の 見 取 り 図 (交通機関の下車駅、曲り角等、主な目標を記入すること)

様式67

名 称

---


所 在 地

---

電 話

( )

---



## 期限付き販売業・賃貸業 期限付き営業リスト

No.	営業時間	営業場所の 名称	営業場所の 所在地	営業管理者			貯蔵場所の 有無	備考
				氏名	住所	資格		
1	～						有・無	
2	～						有・無	
3	～						有・無	
4	～						有・無	
5	～						有・無	
6	～						有・無	
7	～						有・無	
8	～						有・無	
9	～						有・無	
10	～						有・無	

## 期限付き販売業・賃貸業 期限付き営業リスト

No.	営業時間	営業場所の 名称	営業場所の 所在地	営業担当者・ 連絡先	貯蔵場所の 有無	備考
1	～				有・無	
2	～				有・無	
3	～				有・無	
4	～				有・無	
5	～				有・無	
6	～				有・無	
7	～				有・無	
8	～				有・無	
9	～				有・無	
10	～				有・無	