薬９－２号

様式第八

休 止

廃 止

再 開

販売業

貸与業

高度管理医療機器等　　　　　　　　　　の　 　 届　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 業務の種別 | |  |
| 許可番号及び年月日 | | 第　　　　　　　　　　　　号 　 年　　　　　月　　　　　日 |
| 営業所 | 名　　　称 |  |
| 所　　在　　地 | 〒  （ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 休止、廃止又は再開の年月日 | |  |
| 備　　　　　考 | |  |

休 止

廃 止

再 開

販売業

貸与業

上記により、高度管理医療機器等　　　　　　　　　の 　　　　　　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）

　　　　 （ＴＥＬ　　 　　　　　　　　　　　　）

ふりがな

氏　名

（法人にあっては、名

称及び代表者の氏名）

【連絡先：　　　　　　　　　　　　担当者名：　　　　　　　　　　】

福岡市保健所長　様

高度管理医療機器等販売業又は貸与業の廃止・休止・再開届（薬９－２号）

【添付書類】

廃止したときは許可証（紛失している場合は備考欄にその旨及び発見された場合には速やかに

返納する旨を記載すること。

【届書の記載要領】

１　字は、黒インク、ボ－ルペン等を用い、楷書ではっきり書くこと。

２　業務の種別欄

高度管理医療機器等販売業（貸与業）と記載すること。

３　許可番号及び年月日欄

　　許可年月日は、許可証に記載されている有効期間の始期を記載すること。

４　営業所欄

　　営業所の名称及び所在地を記載すること。

５　休止の場合には、「○年○月○日から○年○月○日まで休止の予定」と付記すること。

６　備考欄

　　休止の場合には、その理由を記載すること。