薬９-３号

様式第八

休 止

廃 止

再 開

販売業

貸与業

管理医療機器　　　　　　　　　の　 届　書

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の種別 |  |
| 届出年月日 |  　 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、管理医療機器　　　　　　　　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

管理医療機器販売業又は貸与業の廃止・休止・再開届（薬９-３号）

【添付書類】

なし。

【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

　　管理医療機器販売業（貸与業）と記載すること。

３　許可番号及び年月日欄

　　管理医療機器の販売業又は貸与業の届出を行った年月日を記載すること。

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。