

記入例

休 止

廃 止 届 書

再 開

どちらか一方のときは不要な文字を消してください

業 務 の 種 別	管理医療機器販売業・貸与業	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日	平成・令和 ○△ 年 □ 月 △ 日	
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗、営業所又は事業所	名 称	○○○○営業所
	所 在 地	○○市 △△町 □丁目 □番 □号
休止、廃止又は再開の年月日	令和 ○○ 年 △ 月 □ 日	
備 考	取扱い品目 <input type="checkbox"/> 1) 補聴器 <input type="checkbox"/> 2) 家庭用電気治療器 <input type="checkbox"/> 3) プログラム <input type="checkbox"/> 4) 補聴器・家庭用電気治療器以外の特定管理医療機器 <input type="checkbox"/> 5) 特定管理医療機器以外の管理医療機器	

管理医療機器販売業又は貸与業の届出を行った年月日を記入してください。

取り扱う品目に応じて、備考欄にチェックしてください。

上記により、廃止の届出をします。
休止
再開

令和 ○○ 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)

個人の場合は現住所、個人名を記載し、法人の場合は登記された主たる事業所の所在地・名称及び代表者の氏名を記載してください。

TEL
FAX

和歌山市保健所長 様