

様式第 4 号

管理医療機器販売業(貸与業)届出済証交付申請書

次のとおり管理医療機器販売業(貸与業)届出済証の交付を受けたいので、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行細則第 3 条第 2 項の規定により申請します。

届 出 年 月 日	
届 出 の 種 類	管理医療機器販売業 ・ 管理医療機器貸与業
営 業 所 の 名 称	
営 業 所 の 所 在 地	
備 考	

年 月 日

住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

(あて先) 宇都宮市保健所長

( 連絡先 電話番号 \_\_\_\_\_ )  
( 担当者名 \_\_\_\_\_ )

手数料 2,900 円

(宇都宮市収入証紙貼付)