

届出書



営業所の名称		豊島	
営業所の所在地		東京都豊島区東池袋一丁目20番9号 ビル 階×××号室	
管理者	氏名	資格	薬事法施行規則 第 条第 項第 号
	住所	県 市 - -	
備考		平成(昭和) 年 月 日 医療用具販売業届書提出	

以前に医療用具販売業(賃貸業)の届出をしていた場合に提出日を記載します。

上記により、営業所の管理者について届出をします。

平成 年 月 日

法人の場合は登記された本店の所在地、名称及び代表者の氏名を記載します。

住所
〔法人にあっては、主たる事務所の所在地〕

東京都豊島区東池袋一丁目20番9号

氏名
〔法人にあっては、名称及び代表者の氏名〕

株式会社豊島
代表取締役 豊島 太郎

連絡先 担当者 ()



法人の場合は代表者印を押印してください。

豊島区池袋保健所長

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 管理者の資格を示す書類を添付すること。