

記載例

(別紙)

期限付き販売業・貸与業 期限付き営業リスト【特定管理医療機器以外の管理医療機器のみを販売等する場合】

| No. | 営業期間    | 営業場所の<br>名称   | 営業場所の<br>所在地        | 営業担当者<br>・連絡先  | 貯蔵場所<br>の有無                             | 取り扱う医療<br>機器の種類 | 備考  |
|-----|---------|---------------|---------------------|--|---|-----------------|---|
| 1   | ○.○~△.△ | ○○公民館 ○<br>○室 | ○○県○○市○○一丁目○番<br>○号 | 元気 小次郎<br>TEL 090-00000  | <input checked="" type="checkbox"/> 有・無 | 家庭用             |   |
| 2   | ○.○~□.□ | ○○デパート<br>3F  | ○○県△△市△△町△△番地<br>△△ | 元気 小太郎<br>TEL 090-11110  | <input checked="" type="checkbox"/> 有・無 | 家庭用             | <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content;">                     特定管理医療機器以外の<br/>管理医療機器のみを販売<br/>等する場合は、「家庭用」<br/>と記載する。                 </div> |
| 3   | .       |               |                     |  | 有・無                                     |                 |   |
| 4   |         |               |                     |  | 有・無                                     |                 |   |
| 5   | . ~ .   |               |                     |  | 有・無                                     |                 |   |
| 6   | . ~ .   |               |                     | <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content;">                     ※営業期間が決定している期限付き販売業・貸与業に適用する。<br/>                     ※届出した事項に変更が生じた場合は、変更届を提出する。<br/>                     ※営業期間終了したものは、廃止届は不要。                 </div> |   |                 |   |
| 7   | . ~ .   |               |                     |  |   |                 |   |
| 8   | . ~ .   |               |                     |  | 有・無                                     |                 |   |
| 9   | . ~ .   |               |                     |  | 有・無                                     |                 |   |
| 10  | . ~ .   |               |                     |  | 有・無                                     |                 |   |

※予定する期間を  
記載する。

※実地の担当者を  
記載する。

記載例

(別紙)

期限付き販売業・貸与業 期限付き営業リスト【特定管理医療機器を販売等する場合】

| No. | 営業期間    | 営業場所の<br>名称   | 営業場所の<br>所在地        | 営業管理者                   |                         |                 | 貯蔵場所の<br>有無                            | 取り扱う医療<br>機器の種類 | 備考 |
|-----|---------|---------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------|--|-----------------|----|
|     |         |               |                     | 氏名                      | 住所                      | 資格              |  |                 |    |
| 1   | ○.○~△.△ | ○○公民館 ○<br>○室 | ○○県○○市○○<br>一丁目○番○号 | 元気 小太郎<br>TEL 090-00000 | ○○県○○市<br>○○三丁目○<br>番○号 | 第175条第<br>1項第3号 | <input checked="" type="checkbox"/> ・無 | 電気治療器           |    |
| 2   | △.△~□.□ | ○○デパート<br>3F  | ○○県△△市△△<br>町△△番地△△ | 元気 小太郎<br>TEL 090-00000 | ○○県○○市<br>○○三丁目○<br>番○号 | 第175条第<br>1項第3号 | <input checked="" type="checkbox"/> ・無 | 電気治療器           |    |
| 3   | □□~★★.  | ○○公民館 ○<br>○室 | ○○県○○市○○<br>一丁目○番○号 | 元気 大太郎<br>TEL 090-00000 | ○○県○○市<br>□□町△△番<br>地△△ | 第175条第<br>1項第3号 | <input checked="" type="checkbox"/> ・無 | 電気治療器           |    |
| 4   | ★★~◆◆   | ○○デパート<br>3F  | ○○県△△市△△<br>町△△番地△△ | 元気 大太郎<br>TEL 090-00000 | ○○県○○市<br>□□町△△番<br>地△△ | 第175条第<br>1項第3号 | <input checked="" type="checkbox"/> ・無 | 電気治療器           |    |
| 5   | . ~     |               |                     |                         |                         |                 | 有・無                                    |                 |    |
| 6   | . ~     |               |                     |                         |                         |                 | 有・無                                    |                 |    |
| 7   | . ~ .   |               |                     |                         |                         |                 | 有・無                                    |                 |    |

※予定する期間を記載する。

※営業期間が決定している期限付き販売業・貸与業に適用する。  
 ※届出した事項に変更が生じた場合は、変更届を提出する。  
 ※営業期間終了したものは、廃止届は不要。

「電気治療器」・「補聴器」・「管理」のいずれかを記載する。