

別記様式第7号（第9条関係）

管理医療機器販売業（貸与業）届出済証交付申請書

年 月 日

栃木県知事 様

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）

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9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	