

様式第八十八（第六十三条関係）

該当しない業態は、二重線で消すこと



管理医療機器 販売業 届書  
~~貸与業~~

ビルの名称・階数も明示すること

営業所の名称	〇〇健康プラザ 奈良店	
営業所の所在地	奈良市登大路町30-1 △△ビル3階	
(法人にあつては) 薬事に関する業務に 責任を有する役員の氏名	責任役員の氏名を記載して下さい。	
管理者	氏名	※家庭用のみの場合は、管理者不要
	住所	店舗所在地ではなく、管理者の住所を記載
営業所の構造設備の概要	別紙のとおり	
兼営事業の種類		
備考	区分【補聴器・電気治療器・プログラム・検査・家庭用・管理】 取扱医療機器の区分を <input type="checkbox"/> で囲む 医療機関向けの医療機器などを取扱う場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> 管理 を囲む	

上記により、管理医療機器の 販売業 の届出をします。  
~~貸与業~~

年 月 日

住所  
(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

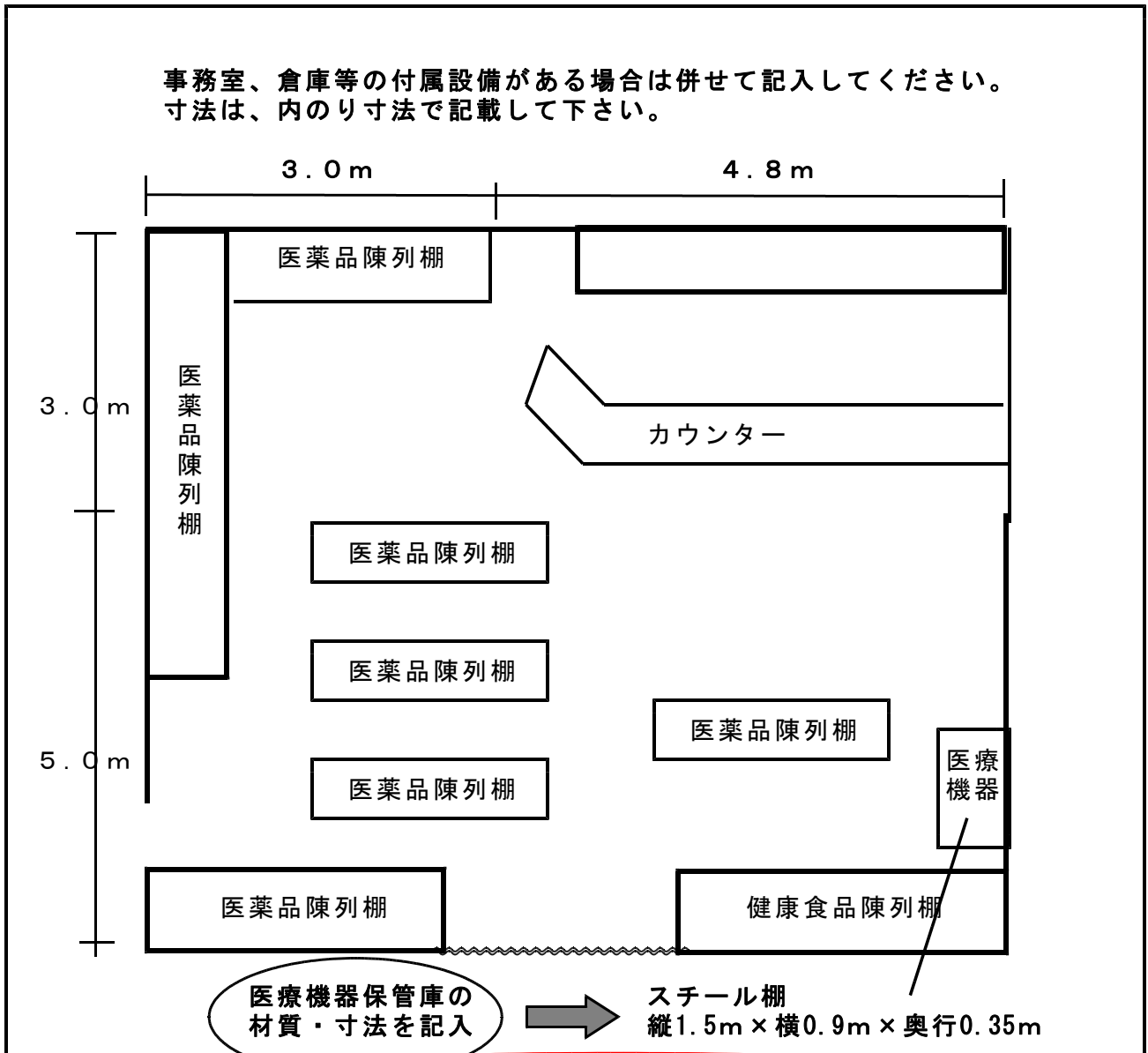
氏名  
(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

TEL

担当者名：
担当者TEL：
※郵送申請の場合は必ず記入して下さい

奈良県知事 殿

店 舗 平 面 図



【設備】 1 採 光                      蛍光灯 ..... W ..... 個、電 灯 ..... W ..... 個

2. 鍵の設備                      縦 ..... cm × 横 ..... cm × 奥行 ..... cm

   「毒薬」を取扱う店舗のみ記載

3. 冷 暗 所                      縦 ..... cm × 横 ..... cm × 奥行 ..... cm

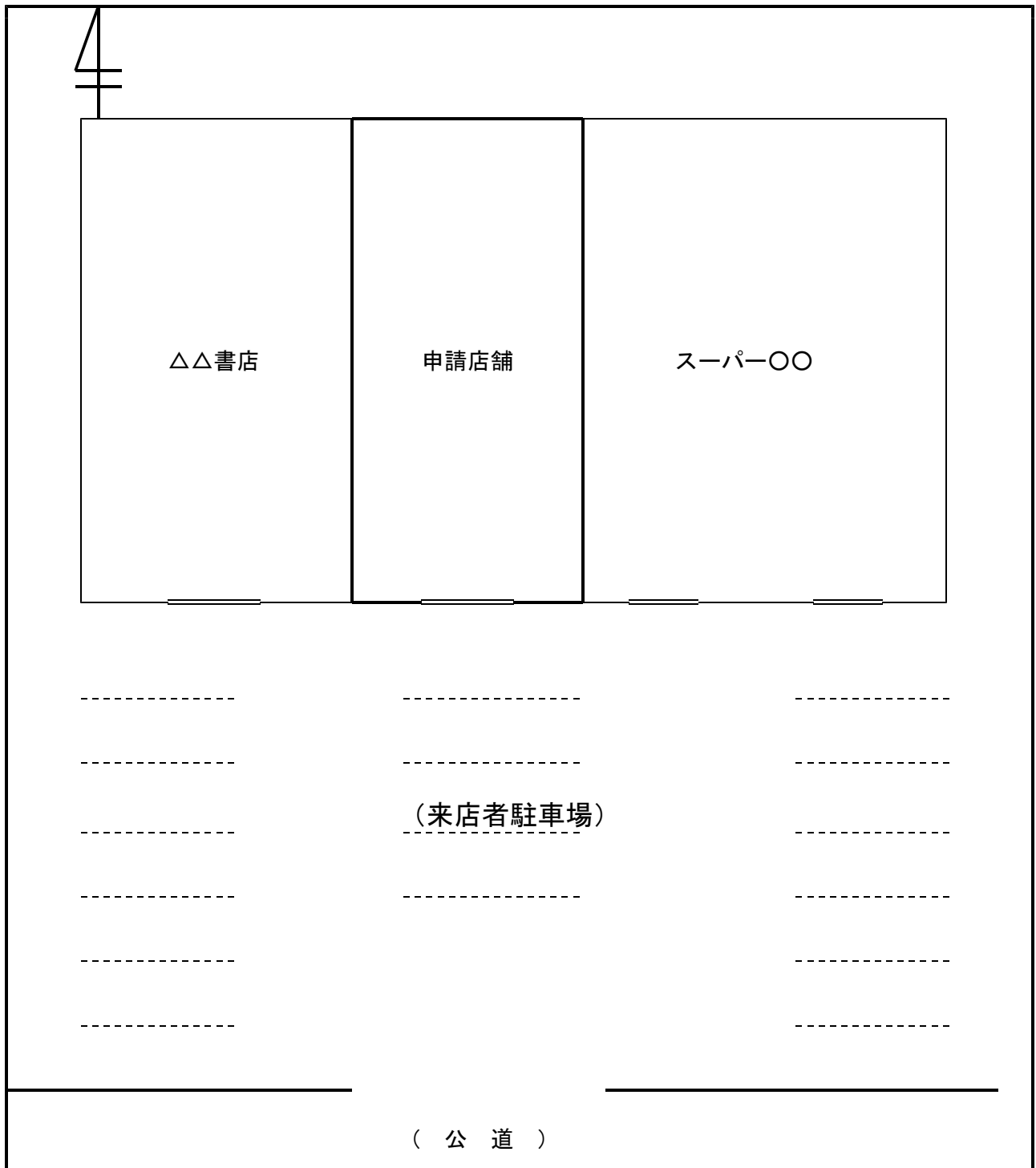
4. 毒物劇物貯蔵設備の構造                      材質 ..... 縦 ..... cm × 横 ..... cm × 奥行 ..... cm

【設備】については1採光のみ記載してください。2～4は記載不要です。

(記載上の注意)

- 1 申請店舗について、調剤室、医薬品・医療機器・毒物劇物等 当該店舗取り扱う商品の陳列保管場所、施錠箇所、冷暗保存設備の設置位置を明示すること。  
なお調剤室内は、冷暗貯蔵設備、調剤台、毒薬庫、給排水設備等必要な設備を記入すること
- 2 面積算定ができるよう、内のり寸法をメートル単位で記入すること。
- 3 記載に代えて別紙を添付する場合は、A4又はA3の用紙とすること

店舗敷地内の建物の配置図



(記載上の注意)

- 1 店舗と同一敷地内にある全ての建物（住居、店舗等）、敷地に接する公道、駐車場及び方角を記入すること。  
(例：店舗が建物の一画の場合は、その建物全体の見取図を書くこと。)
- 2 建物が高層の場合は、店舗の所在階数を明記し、同一フロアについて記入すること。
- 3 記載に代えて別紙を添付する場合は、A 4 又は A 3 の用紙とすること。

【共通様式3】

店舗の所在地略図（付近見取図）

所在地	
店舗の電話番号	電話設置前の場合は、設置後に薬務課薬事係まで連絡して下さい。 薬事係TEL:0742-27-8670
その他の連絡方法	本社の電話番号, F A X等があれば記載

N  
↑

実地検査、許可後の薬事監視等に利用しますので、最寄り駅・幹線道路等からの道を詳しく記入してください。  
店舗駐車場がある場合は併せて記入してください。

国道〇号線

スパー  
△△

申請地  
P

〇〇保育所

〇〇郵便局

近鉄  
〇〇  
駅