

証明願

年 月 日

(あて先) 松山市保健所長

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)

印

連絡先 (電話番号等)

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第39条の3第1項の規定に基づく管理医療機器の販売業及び貸与業の届出に関し、次の事項について証明願います。

証明願出事項	管理医療機器の 販売業 届出済 貸与業
管理医療機器の販売業及び貸与業の届出者	上記の者に同じ
営業所の名称	
営業所の所在地	
証明を必要とする理由	
備考	

【処理欄】 ※下の欄には記入しないでください。

管理医療機器（販売業・貸与業）届書の受付年月日

届出附番

公印	課長	執行グループ	担当

- (注意)
- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
 - 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
 - 3 管理医療機器販売業及び貸与業の届け出た事項を記載すること。
 - 4 申請者氏名については、記名押印又は署名の何れかとすること。