



販売業
管理医療機器 届出済証明願
貸与業

氏名 (法人にあっては格称)

営業所の名称

営業所の所在地

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

販売業
項の規定に基づく管理医療機器 の届出をした者であることを証明願います。
貸与業

年 月 日

住所 { 法人にあっては、
主たる事務所の所在地 }
氏名 { 法人にあっては、
名称及び代表者の氏名 }

広島県 保健所長 様