（高度管理医療機器用）

**使用関係証明書**

 私どもは下記事項を条件として使用関係にあることを証します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　使用者　　住　所

　　　　　　　　名　称

 氏　名 ㊞

 被用者 住　所

 氏　名 ㊞

記

 　　１．業　務　　　　高度管理医療機器等営業所管理者

 　　２．営業所の名　称

 所在地

 ３．勤務時間

 （ 午前　　　　時　　　　分から

　　　　　　　　　　　　　午後　　　　時　　　　分まで ）

 ４．休　日