証明願

　　年　　 月　　 日

大分市保健所長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |

次のとおり、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（昭和３５年法律第１４５号）第３９条の３第１項の規定による管理医療機器販売業又は貸与業の届出をしたことを証明願います。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 業種 | 管理医療機器〔 販売業 ・ 貸与業 〕 |
| 営業所の名称 |  |
| 営業所の所在地 |  |
| 届出年月日 |  |
| 備考 |  |

上記のとおり相違ないことを証明します。

年　　　月　　　日

　大分市保健所長