

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