

(高度管理医療機器)

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 _____

被使用者 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
時 分から 時 分まで

4. 休 日