

管理医療機器

販売業
貸与業

届出済証明願

(※該当しないものに二重線を引いてください)

(宛先)
広島市保健所長

〒 電話
住所
氏名

(法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

次のとおり、管理医療機器の 販売業 貸与業 の届出をした者であることを、証明願います。

営 業 所 の 名 称	
営 業 所 の 所 在 地	〒 (電話) (FAX) 広島市 区
備 考	管理医療機器販売業届書 提出日： 年 月 日
担 当 者 所 属 ・ 氏 名 等	(電話)

※ 軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します（承諾されない方はお申し出ください。）。
※ 販売業・貸与業のうち、該当しない業種があれば、二重線で削除してください。

◎ここから下には記入しないでください。

受付印

(受付)

係 専門員

(伺い)

係 係長

照合

公印

施行