



販 売 業
管理医療機器 届出済証明願
貸 与 業

氏名（法人にあつては名称）

営 業 所 の 名 称

営業所の所在地

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第39条の3第1

販 売 業
項の規定に基づく管理医療機器 の届出をした者であることを証明願います。
貸 与 業

年 月 日

住所 { 法人にあつては、
主たる事務所の所在地
氏名 { 法人にあつては、
名称及び代表者の氏名

広島県 保健所長 様