

(参考様式20)

届出済証明願

下記事項について証明して下さるようお願いいたします。

年 月 日

保健所長 殿

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)

記

- 1 営業所の名称
- 2 営業所の所在地

上記営業所において、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の規定に基づく管理医療機器の販売業・貸与業の届出を行った者であること。