証　明　願

　　　年　　　月　　　日

熊本市保健所長　様

願出人　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）

　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項の規定により、下記のとおり管理医療機器　　　　　　の届出を　していることを証明願います。

販売業

貸与業

記

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（法人にあっては、名称） |  |
| 営業所の名称 |  |
| 営業所の所在地 |  |
| 届出年月日 |  |
| そ 　の　 他 |  |

医 対 証 第　　　 　号

 　年（　　　　年） 　月 　日

販売業

貸与業

上記のとおり、管理医療機器　　　　　の届出が提出されていることを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　熊本市保健所長　中村　恭子