

販売業
管理医療機器 届出済証明願
貸与業

〇〇年〇〇月〇〇日

長崎県知事 様

本社の所在地を記載してください。

届出者 住 所 △△市△△町△△△

氏 名 株式会社〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇

下記のとおり医薬品、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項の規定により届出をしたので、届出済の証明を願います。

営 業 所 の 名 称	株式会社〇〇 〇〇支店
営業所の所在地	〇〇市〇〇町〇〇〇
備 考	〇〇年〇〇月△△日届出