

販売業  
管理医療機器 届出済証明願  
貸与業

年 月 日

長崎県知事 様

届出者 住 所

氏 名

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	
営業所の所在地	
備 考	