

販売業
届出済証明願
貸与業
管理医療機器

年 月 日

長崎市長 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	

受付	確認	点検	手数料	300円	領収済印
			領収番号		