

証 明 願

年 月 日

下関市立下関保健所長 様

願出人 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〕

営業所 名 称

所在地

次の事項について証明書を交付して下さるようお願いいたします。

事 務 営業又は業務に関する証明

区分 1 管理医療機器販売業・貸与業の届出済証明

区分 2 管理医療機器の品目の別

- 管 理 補聴器 家庭用 電器治療器 プログラム
- 検査室 補聴器及び電器治療器 補聴器及びプログラム
- 電気治療器及びプログラム 補聴器、電気治療器及びプログラム