

許可番号 ○○○○○○○○ 号

許可番号欄にはこちらの番号を
ご記入ください

高度管理医療機器等 販売業 貸与業 許可証

氏 名 株式会社 ○○○○

(法人にあつては、名称)

営業所の名称 株式会社 ○○○○ 湯島営業所

営業所の所在地 東京都文京区湯島○-○-○
○○ビル

従事経験として記入する営業
所等や、所在地が許可証で示
されているものと同一なことを
ご確認ください

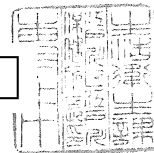
医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の
確保等に関する法律第39条第1項の規定により、
高度管理医療機器等の 販売業 貸与業 の許可を受けた者で
あることを証明する。

令和○年○月○日

○○○区○○○保健所長

□□

□□



有効期間 令和 ○年 ○月 ○日 から

令和 ○○年 ○月○○日 まで