

(医療機器用)

使用関係証明書

年 月 日

使用者 住 所
(法人にあつては、主たる事業所の所在地)
氏 名
(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

被使用者 住 所
氏 名

私どもは、下記営業所において使用関係にあることを証明します。

記

1 営業所の名称

2 営業所の所在地

3 店舗の営業時間

(定休日)

4 勤務時間

5 休日

6 勤務開始 (予定) 日

年 月 日

7 業務内容

高度管理医療機器 (販売・貸与) 業営業管理者