（高度管理医療機器等営業管理者用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 甲 | 申請者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 営業所の所在地 |  |
| 営業所の名称 |  |
| 乙 | 管理者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |

１　乙は、甲の営業所で、高度管理医療機器等販売業・賃貸業の営業管理者として勤務するこ

とを承諾する。

２　乙の勤務時間は、　　時　　分から　　時　　分までとする。

３　乙の休日は、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　とする。

　　上記のとおり証明する。

　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　甲　　住　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

　　　　氏　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

　乙　　住　所

　　　　氏　名