

(在宅酸素療法用)

高圧ガス製造事業届書	一 般	×整理番号	
		×受理年月日	年 月 日
名 称 (患者の氏名)			
事務所(本社)所在地 (患者の住所)			
事業所所在地 (患者の居住地)	(〒 -)		
製造する高圧ガスの種類	液化酸素		
販売業者名	(電話)		
販売所所在地	(〒 -)		
販売事業届	年 月 日付け、番号(号)		
販売主任者名			
医療機関名	病院名： 診療科名： 医師名： 電話番号：		

年 月 日

代表者 氏名

山口県知事 殿

- 備考 1 この用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。
- 2 ×印の項は記載しないこと。
- 3 代表者氏名欄は、患者の氏名とするが、患者が未成年者の場合は保護者、世帯主又は世話人の氏名を記入する。