

適合規格 申請承認 書

令和 年 月 日

深川市立病院 管理課 様

申請者 住 所
商号又は名称
代表者氏名

印

次のとおり適合規格について承認申請します。

件 名 : 光学式眼軸長測定装置

・メーカ一名：

・機種名称:

• 型式:

注) 機種のカatalog、図面等(商品名・規格等を記載したもの)もしくは、仕様を証明するものを必ず添付してください。(装備品が確認できるCatalog等を含む)

承認