（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。