

従 事 年 数 証 明 書

住 所 岡山県〇〇市〇〇×× - ×
氏 名 〇〇 〇〇
勤務先 所在地 岡山県岡山市北区内山下 2 - 4 - 6 5 階
名 称 県庁医療器株式会社 岡山修理センター

上記の者は、

〇〇年〇月から 〇〇年〇月までの〇〇年〇ヶ月の間、
医療機器の修理に関する業務に従事したことを証明します。

業態の区分： 医療機器修理業

所 在 地： 岡山県岡山市北区内山下 2 - 4 - 6 5 階

名 称： 県庁医療器株式会社 岡山修理センター

許 可 番 号： 〇〇BS〇〇〇〇〇〇〇

〇〇年 〇月〇〇日

住 所 岡山県岡山市北区内山下 2 - 4 - 6
氏 名 県庁医療器株式会社

代表取締役 県庁 太 郎