

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 県庁製薬株式会社 岡山医薬センター

上記の者は、

平成〇〇年〇月から令和〇〇年〇月までの〇〇年〇ヶ月の間、
以下の事業所において製造販売後安全管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： 化粧品

所在地： 岡山県岡山市北区内山下2-4-6 5階

名称： 県庁製薬株式会社 岡山医薬センター

許可番号： 〇〇CZ〇〇〇〇〇〇

令和〇〇年 〇月〇〇日

住所 岡山県岡山市北区内山下2-4-6

氏名 県庁医製薬株式会社
代表取締役 県庁 太郎