

## 実務経験証明書

従事者住所	
従事者氏名	

上記の者は、次のとおり **指定卸売医療用ガス類・指定卸売歯科用医薬品**（該当する業務を○で囲んでください。）の販売又は授与に関する業務に従事したことを証明します。

従事先所在地	
従事先名称	
許可業種	<b>卸売販売業・特例販売業</b> （※ 該当する業態の種類を○で囲んでください。）
許可番号	
許可年月日	
業務に従事した期間	年 月から 年 月まで（ 年 月）

証明日 年 月 日

証明者住所〔 法人にあつては、主たる事務所の所在地 〕

証明者氏名〔 法人にあつては、名称及び代表者の氏名 〕

印

※原則として従事先の代表者が証明すること。