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  | **卸売販売業 ・ 特例販売業**  （※ 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

 証明者氏名

 　　　　　　　　　　 印

※原則として従事先の代表者が証明すること。