

従 事 年 数 証 明 書

年 月 日

住 所

氏 名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

T E L

次の者の従事経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏 名	(生年月日 年 月 日)	
住 所	〒	
従事した 店舗又は 営業所	名 称	
	住 所	
	許可番号 許可年月日	
従事期間	年 月 日 ～ 年 月 日 (年 月間)	
業務内容		
<input type="checkbox"/> ガス特例販売業の販売又は授与に関する業務に従事。		
<input type="checkbox"/> 歯科特例販売業の販売又は授与に関する業務に従事。		
<input type="checkbox"/> 指定卸売医療用ガス類の販売又は授与に関する業務に従事。		
<input type="checkbox"/> 指定卸売歯科用医薬品の販売又は授与に関する業務に従事。		