

捨印

捨印

証 明 書

住 所

氏 名

印

上記の者は、下記のとおり所定の実務に従事したことを証明します。

記

- 1 実務の内容
歯科用医薬品の販売
ガス性医薬品の販売
再生医療等製品の販売

- 2 実務に従事した期間

年 月 日から

年 月 日まで

- 3 従事した営業所

(1) 所在地

(2) 名 称

(3) 許可番号, 許可年月日

平成 年 月 日

雇傭者住所

雇傭者氏名

印

(注意)

※「実務の内容」については、該当する項目を○で囲むこと。

※氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにより記載すること。