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。