

実務従事年数証明書

住 所

氏 名

(年 月 日生)

上記の者は 年間以上配置販売業の実務に従事したことに相違ないことを証明します。

年 月 日

(組合等) 所 在 地

名 称

代表者名

(他県で従事していた場合)

上記のとおり証明する。

年 月 日

〇〇都道府県 薬務主管課長 印