

様式40

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

(栃木県以外で従事していた場合)

上記のとおり証明する。

年 月 日

県 知 事
(又は薬務課長)