

(別記例示19)

## 証 明 書

住 所

氏 名

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 (該当する実務を丸で囲む)

医療用ガス類の販売 ・ 歯科用医薬品の販売 ・ 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 実務に従事した営業所、所在地

(1) 名称

(2) 所在地

(3) 営業所の許可状況

許可の種類：

許可番号：

許可の期間： 年 月 日から 年 月 日まで

年 月 日

雇用者住所

(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

雇用者氏名

(法人にあつては、名称及び代表者氏名)

(注意)

- ・ 複数の営業所で従事していた場合は、それぞれの営業所ごとに作成してください。
- ・ 従事期間中は、営業所が許可を有していることが必要です。申請 (届出) 時に、所管の保健所等に許可状況の照会を行いますので正確に記載してください。廃止、移転等で許可状況が不明の場合は記載不要です。