業務従事証明書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 |  |  |  |
|  | 住所 |  |  |  |

上記の者は、　　　　　年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日までの  
　　　　年　　ヶ月の間、下記の営業所において、（指定卸売医療用ガス類、  
指定卸売歯科用医薬品）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。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 営業所の名称 | 営業所の所在地 | |
|  |  | |
| 業種 | 許可番号 | 従事期間 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

令　和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 住　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） | |
|  |  | |
|  | 氏　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名） | |
|  |  |  |

島根県知事　　　　　　　　　　殿

※（　）内は、不要な文字を二重線で消すこと。