従　事　経　験　証　明　書

住所

氏名

　　年　　月　　日生

上記の者は下記のとおり実務に従事したことを証明します。

１　従事内容　（該当するものを○で囲むこと）

(1)　 歯科用医薬品の販売又は授与に関する業務

(2)　 ガス性医薬品の販売又は授与に関する業務

２　従事した事業所

所在地

名　称

許可業態（該当するものを○で囲むこと）

(1) 卸売販売業（卸売一般販売業）

(2) 特例販売業（一種ガス性・一種歯科用）

３　実務に従事した期間　　　　　　　　年　　　　月　　　　日から

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日まで

　　年　　月　　日

住所（法人にあっては主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　（雇用者）

氏名（法人にあっては名称及び代表者名）