配置従事者実務経験年数証明願

　　年　　月　　日

　市立函館保健所長　様

住　所

氏　名

　　　（　　　　年　　月　　日生）

　配置販売業許可申請のため，　　 年 月 日から

年 月 日までの間，配置従事者身分証明書の交付を受け，５年以上配置販売業の実務に従事していたことを証明願います。

別紙

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 身分証明書 | 従事期間 | 配置販売業者名 | 年月 | 備考 |
| 第　　　号 | 年　月　日～年　月　日 |  |  年 ヶ月 |  |
| 第　　　号 | 年　月　日～年　月　日 |  |  年 ヶ月 |  |
| 第　　　号 | 年　月　日～年　月　日 |  |  年 ヶ月 |  |
| 第　　　号 | 年　月　日～年　月　日 |  |  年 ヶ月 |  |
| 第　　　号 | 年　月　日～年　月　日 |  |  年 ヶ月 |  |
| 第　　　号 | 年　月　日～年　月　日 |  |  年 ヶ月 |  |
| 第　　　号 | 年　月　日～年　月　日 |  |  年 ヶ月 |  |
| 第　　　号 | 年　月　日～年　月　日 |  |  年 ヶ月 |  |
| 計 |  |  | 年 ヶ月 |  |