

# 証 明 書

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

上記の者は下記の通り所定の実務に従事したことを証明します。

## 1 勤 務 内 容

(1)  歯科用医薬品の販売

(2)  ガス性医薬品の販売

※該当する業務にを入力する等、分かるよう記載してください。

## 2 勤務場所及び所定の実務に従事した期間

①	所 在 地	
	名 称	
	許可番号（有効期間）	第 _____ 号（ _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日）
	実務に従事した期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日
実務に従事した期間（合計）		_____ 年 _____ カ月

年 月 日

住所（法人にあつては主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあつては名称及び代表者名）

（注意）

- 1 複数の営業所の場所で所定の実務に従事した等、勤務場所等の欄に過不足ある場合には、必要に応じて記載欄を追加した上で記載してください。