

従事証明書

捨印

フリガナ 氏名	
生年月日	年 月 日
住所	

営業所の名称	
営業所の所在地	
許可番号	
業態の種類	指定卸売医療用ガス類 ・ 指定卸売歯科用医薬品

上記の者が 年 月 日から 年 月 日までの 年

ヶ月の間、上記営業所において、指定卸売医療用ガス類 ・ 指定卸売歯科用医

薬品 の実務に従事していたことを証明いたします。

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〕

㊟

千葉市保健所長 殿

【備考】

必ず押印すること（資格証と同等の取扱いをするため）。

特定品目卸（指定卸売医療用ガス類、指定卸売歯科用医薬品）