**従　事　年　数　証　明　書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（生年月日　　　年　　　月　　　日）

　上記の者は、

　　　　　　　　年　　月　　から　　　年　　月までの　　　年　　月の間、

　　　所在地：

　　　名　称：

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。

許可を受けた営業所

　　所在地　：

　　名称　：

　　許可の種類　：

　　許可番号　：

　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所（法人にあっては、主たる事業所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）