　　年　　月　　日

再生医療等製品販売業の営業所管理者に係る

従事経験証明書

　（宛先）

　　さいたま市保健所長

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）

　下記１の者は、下記２の営業所において再生医療等製品の販売又は授与に関する業務（生物由来製品の販売又は授与に関する業務を含む）に従事したことを証明します。

記

１　従事者

（１）住所

（２）氏名

２　従事した営業所

（１）名称

（２）所在地

（３）業務の種別

（４）許可番号

（５）従事期間