|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日**従　事　経　験　証　明　書**（宛先）さいたま市保健所長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人にあつては、主たる事務所の所在地法人にあつては、名称及び代表者の氏名住　所氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　下記１の者は、　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日までの指定卸売医療用ガス類指定卸売歯科用医薬品年　箇月の間、下記２において、　　　　　　　　　　　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。記１　従事者住所　：　　従事者氏名　：　２　所在地　：　（勤務地）名称　：　　　　　以上　 |