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

　　　　　　　(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。