

従 事 年 数 証 明 書

住所

氏名

上記の者は、下記の通り実務に従事したことを証明します。

1 実務の内容 (該当するものを○で囲むこと)

- (1) 歯科用医薬品の販売
- (2) ガス性医薬品の販売

2 従事した営業所

所在地

名 称

3 実務に従事した期間

年 月 日から 年 月 日までの 年 ヶ月の間

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)