**従　事　経　験　証　明　書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　年　　月　　日

　上記の者は、下記のとおり実務に従事したことを証明します。

１　従事内容　（該当するものを○で囲むこと）

　　　　　　　　(1) 歯科用医薬品の販売又は授与に関する業務

　　　　　　　　(2) ガス性医薬品の販売又は授与に関する業務

２　従事した事業所

　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　許可業態（該当するものを○で囲むこと）

　　　　　　　　(1) 卸売販売業（卸売一般販売業）

　　　　　　　　(2) 特例販売業（一種ガス性・一種歯科用）

３　実務に従事した期間　　　　　　　　年　　　　月　　　　日から

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日まで

　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　雇 用 者　 住　所()

　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　名()