

実 務 経 験 証 明 書

(宛先)
広島市保健所長

〒 電話

住所

氏名

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

次の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
住 所	〒 (電話)
営 業 所 の 名 称	
許 可 番 号 及 び 許 可 年 月 日	(有効期間開始日) 第 号 年 月 日
営 業 所 の 所 在 地	〒 (電話)
業 務 期 間	年 月 ~ 年 月 (年 ヶ月間)
業 務 内 容 (該当する項目に☑してください。)	<input type="checkbox"/> 指定卸売医療用ガス類の販売又は授与に関する業務 <input type="checkbox"/> 指定卸売歯科用医薬品の販売又は授与に関する業務
備 考	

※ 軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します(承諾されない方はお申し出ください。)