

業務経験証明書

(元号) 〇〇年 〇〇月 〇〇日

福岡県知事 殿

卸売販売業者又は再生医療等製品の販売業者
住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

福岡県●●市●●●●●●-●●●●

氏名(法人にあつては名称及び代表者の氏名)
(記名押印又は署名)

株式会社記載例薬品 代表取締役 福岡太郎



下記の者の業務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏名	筑紫 一郎 (生年月日・(元号)〇年〇〇月〇〇)
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇市〇〇〇〇〇-〇〇〇〇〇
業務の種類別	卸売販売業
許可番号	第〇〇〇〇〇〇〇〇〇号
営業所の名称	株式会社記載例薬品 ■■■■営業所
営業所の所在地	福岡県■■町■■■■■■■■-■■■■■■

- 業務期間 (元号)〇年〇〇月 ~ (元号)●年●●月(3 年 0 月間)
- 業務内容(上記営業所において業務期間内に行われた業務の該当する□にレを記入すること。)
 - 指定卸売医療用ガス類の販売又は授与に関する業務に従事した。
 - 指定卸売歯科用医薬品の販売又は授与に関する業務に従事した。
 - 再生医療等製品の販売又は授与に関する業務に従事した。

注 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。
2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書くこと。