

業務経験証明書

年 月 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の氏名）
（記名押印又は署名）

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	(生年月日・ 年 月 日)
住 所	〒
業 務 の 種 別	
許 可 番 号	
営 業 所 の 名 称	
営 業 所 の 所 在 地	

- 1 業務期間 年 月 ～ 年 月(年 月間)
- 2 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。