

業務経験証明書

年 月 日

山口県知事 殿

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

下記の者の指定卸売医療用ガス類（指定卸売歯科用医薬品）の販売又は授与に関する業務経験は、以下のとおりであることを証明します。

記

業務経験者住所

業務経験者氏名

業務経験者生年月日

業務経験店舗（営業所）所在地

業務経験店舗（営業）名称

業務期間
