

証 明 書

住 所

氏 名

上記の者は、下記のとおり所定の実務に従事したことを証明します。

記

1 実務の内容

歯科用医薬品の販売

ガス性医薬品の販売

2 実務に従事した期間

年 月 日から 年 月 日まで

3 実務に従事した店舗、所在地

(1) 名称

(2) 所在地

(3) 店舗の許可状況

許可の種類：

許可番号：

許可の期間： 年 月 日から 年 月 日まで

年 月 日

雇用者住所

〔 法人にあっては、主たる
事務所の所在地 〕

雇用者氏名

〔 法人にあっては、名称
及び代表者氏名 〕

(注意)

- ・「実務の内容」については、該当する項目を○で囲んでください。
- ・複数の店舗で従事していた場合は、それぞれの店舗ごとに作成してください。
- ・従事期間中は、店舗が許可を有していることが必要です。申請（届出）時に、所管の保健所等に許可状況の照会を行いますので正確に記載してください。廃止、移転等で許可状況が不明の場合は記載不要です。