従事年数証明書

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事　　　　　　　様

（使用者）

住所

氏名

（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

　下記の者は、下記営業所において　　年　月　　日から　年　　月　　日まで、　　年　　月の間、医療機器の販売・貸与に関する業務に従事していたことを証明します。

記

（管理者）

住　所

氏　名

（従事した営業所）

　　名　称

所在地

業　種

（許可番号　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　（許可年月日　　　　　　　）

備考

　１　業種は動物用高度管理医療機器販売・貸与業、人用高度管理医療機器販売・貸与業等を記入する。

　２　許可がある場合は許可番号、許可年月日を記入する。