

業 務 経 験 証 明 書

年 月 日

香川県 保健所長 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)

次の者の（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。

氏 名	(生年月日 年 月 日)
住 所	〒
薬局、店舗又は営業所の名称	
薬局、店舗又は営業所の所在地	
薬局、店舗又は営業所の許可番号・許可の種別	
業 務 期 間	年 月 日～ 年 月 日 年 月 日～ 年 月 日

連 絡 先	電話番号 () -
-------	---------------

(注意)

- 1 当該証明を行う者は、被証明者が業務に従事した薬局の薬局開設許可証又は医薬品販売業の許可証に記載された者であること。
- 2 許可番号の欄には、被証明者が業務に従事した薬局の薬局開設許可証又は医薬品販売業の許可証に記載された番号を記載すること。
- 3 連絡先の欄には、この証明書の内容について県から照会があった場合に対応できる部署、担当者及び電話番号を記載すること。