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