令和　　年　　月　　日

従事証明書

　埼玉県知事　○○　○○　様

　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　下記の者は、　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日までの　　年　　ヶ月の間、

名　　　称：

所　在　地：

許可番号：

において、

（医　薬　品　・　医薬部外品　・　化　粧　品　・　医療機器）の

（製　　造　・　品質管理　・　製造販売後安全管理）に関する業務に従事していたことを証明します。

記

　　　　　　 住所

　　　　　　　　氏名