

年 月 日

# 従 事 証 明 書

(あて先)

埼玉県\_\_\_\_\_保健所長

住所  $\left( \begin{array}{l} \text{法人にあつては、主} \\ \text{たる事務所の所在地} \end{array} \right)$

氏名  $\left( \begin{array}{l} \text{法人にあつては、名} \\ \text{称及び代表者の氏名} \end{array} \right)$

下記1の者は、\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日から、\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日までの  
\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_か月の間、下記2において、  
{ 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  
関する業務に従事したことを証明します。

## 記

### 1 従事者

- (1) 住所
- (2) 氏名

### 2 店舗・営業所

- (1) 所在地
- (2) 名称
- (3) 許可業種
- (4) 許可番号