（別紙様式６）

|  |  |
| --- | --- |
| 業務従事証明書  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  （　従事者の氏名　）　殿  医薬品販売業者の住所  法人にあっては、主  たる事務所の所在地    医薬品販売業者の氏名  法人にあっては、名  称及び代表者の氏名    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 |  |
| 事業所の名称  及び許可番号 | （業態：　卸売販売業　　　　　許可番号：　　　　　　　　　　　　） |
| 事業所の所在地 |  |
| １．実務期間　（　　　年　　　月間）  　　　　 年　　月　～　　　年　　月  ２．実務内容（期間内に行われた実務に該当する□にレを記入）  □　指定卸売医療用ガス類の販売または授与に関する業務  □　指定卸売歯科用医薬品の販売または授与に関する業務 | |

（注意）

１　用紙の大きさは、A4とする。

２　字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。