

従事年数証明書

年 月 日

大阪府知事

様

住 所

氏 名

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

下記の者は、 年 月 日から 年 月 日まで、

年 カ月の間、医療機器の販売・貸与に関する業務に、従事していることを証明します。

記

住所

氏名

従事年数証明書

令和 ○年 △月 △日

大阪府知事

様

法人の場合、本社の住所を記入

住所 大阪市中央区大手前2丁目 大阪府庁23階

氏名 ○○株式会社

代表取締役 大阪 太郎

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

下記の者は、平成25年4月1日から平成28年10月1日まで、

3年6カ月の間、医療機器の販売・貸与に関する業務に、従事していることを証明します。

記

住所 大阪市住之江区○丁目○番○号

氏名 咲洲 花子

管理者について記入

医療機器の販売・賃貸に関する業務に、3年以上従事した者が基準