

# 実務経験証明書

営業所管理者住所

営業所管理者氏名

営業所所在地

営業所名称

勤務先の業態の種類

- ・ 卸売販売業
- ・ 特例販売業

(※ 該当する業態の種類を○で囲んでください。)

許可番号		許可年月日	年 月 日
------	--	-------	-------

※ 高知県知事以外の許可の場合は、許可権者が発行する卸売販売業等の許可を取得していたことがわかる証明書を添付してください。

上記の者は、 年 月 日から 年 月 日  
までの 年 ヶ月の間、(指定卸売医療用ガス類・指定卸売歯科用医薬品※該当する業務を○印で  
囲んでください。)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。

年 月 日

住所 (法人にあつては、主  
たる事務所の所在地)

氏名 (法人にあつては、名  
称及び代表者の氏名)

高知県知事 様