様式第10号(第8条関係)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 業務経験証明書  年　　月　　日  　福岡県知事　殿  卸売販売業者又は再生医療等製品の販売業者  住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）  氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）  　　　　　　 　（記名押印又は署名）  　下記の者の業務経験は、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 | 〒 |
| 業務の種別 |  |
| 許可番号 |  |
| 営業所の名称 |  |
| 営業所の所在地 |  |
| 1　業務期間　　　　　　年　　　月　～　　　年　　　月(　　　年　　　月間)  　2　業務内容(上記営業所において業務期間内に行われた業務の該当する□にレを記入すること。)  　　□　指定卸売医療用ガス類の販売又は授与に関する業務に従事した。  　　□　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。  　　□　再生医療等製品の販売又は授与に関する業務に従事した。  　注　１　用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。  　　　２　字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書くこと。 | | | |