|  |
| --- |
| 従事年数証明書  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　埼玉県知事あて  業者名  代表者氏名    　下記の者の実務は、以下のとおりであることを証明します。  記   1. 氏名 2. 住所 3. 営業所の名称   （業態：　　　　　　　　　　　　　　　　　許可番号：　　　　　　　　　　　　　　）   1. 営業所の所在地 2. 動物用医療機器の販売又は賃貸に関する実務に従事していた期間   年　　　月　　～　　　　　　年　　　月　　（　　　年　　　月間） |