|  |
| --- |
| 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）　　　　　　 |