従事年数証明書

住　所

氏　名

従事した事業所の所在地

従事した事業所の名称

従事した事業所の業態の種類　　　　　　再生医療等製品販売業

従事した事業所の許可番号

従事した事業所の許可年月日

上記の者は、　　年　　月　　日から　　年　　月　　日までの　　年　　ヶ月の間、

再生医療等製品販売業の許可を受けている上記事業所において、再生医療等製品の

販売に関する業務に従事したことを証明します。

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　住　所（法人の場合は、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　氏　名（法人の場合は、法人名及び代表者氏名）