|  |
| --- |
| 年　　月　　日  **従　事　経　験　証　明　書**  （宛先）  さいたま市保健所長    法人にあつては、主  たる事務所の所在地  法人にあつては、名  称及び代表者の氏名  住　所  氏　名        下記１の者は、　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日までの  製造  品質管理  製造販売後安全管理  医 薬 品  医療機器  年　　箇月の間、下記２において、　　　　　 の  に関する業務に従事したことを証明します。  記  １　従事者住所　：  　従事者氏名　：  ２　所在地　：  （勤務地）  名称　：    許可業態　：  　　　　許可番号　： |