

従 事 年 数 証 明 書

平成 年 月 日

滋 賀 県 知 事

住 所

(法人の場合、名称および代表者の氏名)

氏 名

印

下記の者は、 年 月 日から 年 月 日までの
年 ヶ月間、下記営業所で、動物用医療機器の販売・賃貸に関する業務に従事
していたことを証明します。

記

住 所

氏 名