業務従事証明書

年　　月　　日

高崎市長　様

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者氏名）

次の者は、１及び２のとおり再生医療等製品の販売又は授与に関する業務に従事したことを証明します。

業務に従事した者

住　所

氏　名 　　　　　　　　　 　　　　　　　生年月日　　　　年　　月　　日

１　業務に従事した営業所

所 在 地

名　　称

許可番号

２　業務に従事した期間

　　　　　　年　　月　　日 ～　　　　年　　月　　日（　　年　　月間）