従事年数証明書

　年　月　日

宮城県知事　　　　　　殿

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

下記の者は、　　年　　月　　日から　　年　　月　　日の　　年　　ヶ月の間、動物用医療機器の販売・貸与の実務に従事していたことを証明する。

記

住所

氏名