第一種動物取扱業務従事証明書

従事者住所
氏　　名
生年月日　　年　　月　　日
電話番号

上記の者は、下記のとおり第一種動物取扱業に係る業務に従事したことを証明します。

<table>
<tr><td>勤務
事業所名</td><td></td><td>勤務事業所
所在地</td><td>電話番号</td></tr>
<tr><td rowspan="2">施設の種類</td><td>業　　種
(該当の所に〇印をつけること)</td><td colspan="2">1　販　売　　飼養施設の有無（有・無）
2　保　管　　飼養施設の有無（有・無）
3　貸　出　　飼養施設の有無（有・無）
4　訓　練　　飼養施設の有無（有・無）
5　展　示　　飼養施設の有無（有・無）
6　その他　　（競りあっせん業、譲受飼養業）</td></tr>
<tr><td>登録年月日
登録保健所等機関名
登録番号</td><td colspan="2">平成　　年　　月　　日
機関名：
号</td></tr>
<tr><td colspan="2">上記施設において従事した業務の内容
（なるべく具体的に記載すること）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">上記の施設で第一種動物取扱業務に従事した期間</td><td colspan="2">年　　月　　日から
年　　月　　日まで
年　　月間</td></tr>
<tr><td colspan="2">従事期間中の賃金又は類する対価</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

証明日	平成　　年　　月　　日

※証明印

証明者		
	住　所	電話番号
	施設名	
	氏　名	

※　証明印については、法人の場合、会社印あるいは代表者印を押印すること。