**中毒に関する業務に関わっていることの施設証明書**

申請者氏名：

上記の者は、下記の期間において中毒に関わっていることを証明します。

施 設 名：

従事期間：　　　　　年　　　　月より　　　　　年　　　　月まで

施 設 長：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（又は所属長）

施 設 名：

従事期間：　　　　　年　　　　月より　　　　　年　　　　月まで

施 設 長：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（又は所属長）

施 設 名：

従事期間：　　　　　年　　　　月より　　　　　年　　　　月まで

施 設 長：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（又は所属長）