

様式第2号

ペストコントロール関連業務従事経験年数証明書

(西暦) 年 月 日

公益社団法人日本ペストコントロール協会 会長 殿

所属事業所名

代表者氏名

印 ※

事業所住所 〒 —

下記の者は当社に在籍し、下記の期間ペストコントロール関連業務に従事していたことを証明します。

フリガナ		生 年 月 日
申請者氏名		(西暦) 年 月 日
申請者のペストコントロール関連業務従事経験年数		
年 月より 年 月までの間 (満 年 か月)		

※勤務先欄の印鑑は社印を押印してください