

年 月 日

栃木県動物愛護指導センター所長 様

住 所

氏 名 印

電話番号

私は、下記の者が第一種動物取扱業に常勤の職員として従事していたことを証明
します。

記

1. 従事していた者

住所

氏名

2. 従事していた店舗

所在地

名称

登録業種（登録番号）

3. 従事していた期間

年 月 日 から 年 月 日 まで（ 年 ヶ月間）

※ 常勤の職員：目安として週 5 日 40 時間及び半年間以上の在職期間を満たしている者