

従事年数証明書 作成上の注意点

記明依頼があった場合、それを拒否することはできない。また、証明者は虚偽又は不正の証明を行ってはならない。(医薬品医療機器等法施行規則第19条の9)

従事年数証明書

受講者名等
氏名: ※押印必須

※受講者氏名本人の場合は押印を省略可

生年月日 年 月 日

写 真
3.0cm × 2.4cm
貼付の場合は写真
の裏に氏名記入

※従事経験を記入する場合は、所轄ごとに従事年数証明書を作成し、それぞれで証明書を提出してください。(注)すべての欄を記入ください。

従事年数証明書記入欄
※1 内容を記入する場合は二重線、証明者の正印が必要です。
※2 現在まで勤務を継続して当該勤務地の従事期間は、証明された日までとし、「現在まで」や未来日は記入しないでください。

年 月 日 から 年 月 日までの 年 か月間。
名称(会社名)及び
支社・営業所名: _____ において

上記支社・営業所の
所在地: _____

※1～5の該当する番号に□をしてください。
上記の営業所等で販売等していた医療機器を選択。(複数選択可)

1. 高度管理医療機器等 (特定保守管理医療機器を含む)
※コンタクトレンズ、カラコン、プログラム高度管理医療機器のみの経験は対象外です。
高度管理医療機器販売業 許可番号: _____
(販売業許可証記入)

2. 特定管理医療機器 (自動電子血圧計、非接触体温計等)
※自動電子血圧計及び非接触体温計等の販売業許可登録の場合は、特定管理医療機器

3. 補聴器

4. 家庭用電気治療器

5. その他の医療機器 (バイブレーター、アルカリオン整水器など)

上記のものが、該当の医療機器の販売等の業務に従事していたことを
当社の代表、もしくは当該証明書を証明する権限を有する者として証明いたします。

証明日 令 和 年 月 日

名 称
証明者
所在地
(所 属)
役職・氏名

押印
必須

※3 営業所長、店長の方は所轄先以外の営業所や店舗の従事年数を証明することはできません。
※4 ご自身の従事年数を証明することできません。(代表者跡)ご自身が営業所長や店長の場合はその地域を管轄されるエリアマネージャーへの証明を受けてください。

※ここに記入いただいた個人情報は、請問問合せ窓口以外には使用しません。

一般社団法人日本ホームヘルス機器協会 (R8-ver1)

取扱いのある医療機器

- 証明書に記入した事業所で取り扱いのある医療機器に全て□を入れてください。
- 1.高度管理医療機器は証明された事業所の高度管理医療機器販売業(貸与業)許可証の許可番号をご記入ください。
- 特定管理医療機器(補聴器・家庭用電気治療器含)は各都道府県窓口に届け出と管理者の設置が済んでいることをご確認ください。

受講者名・証明写真

- 受講される方のお名前を記入し、押印ください。
- 申込時に顔写真と証明書をアップロードする場合は証明書に写真の貼付けは不要です。
- 証明書郵送の場合は縦3cm×横2.4cmの証明写真を貼付(証明書が複数枚ある場合は1枚のみ貼付)

- 正面向きの上半身(肩から上)のもの
- 受講申込6か月以内に撮影したもの
- 無背景(人物の影、景色等他のものが写っていないもの)
- 無帽(帽子・サングラス・マスク等を着用していないもの)

従事期間/名称/所在地

- 従事経験のある事業所、営業所、店舗等において実際に勤務している(していた)期間をご記入ください。
- 現在も証明書に記入の勤務地にて勤めの場合は、証明された日までの期間をご記入ください。
「現在まで」や未来日はご記入いただけません。
- 従事の期間において転勤等で営業所、店舗等所在地が異なる箇所で勤務の場合、証明書は複数枚ご用意ください。
- 全ての経験の証明書の作成は不要です。
お申込みに必要な経験年数分の証明書をご用意ください。

※コンタクトレンズやプログラムの従事経験は高度管理医療機器の従事経験とみなされませんので高度管理医療機器の資格はお申込みいただけません。

証明日/証明者

- 証明日には証明書作成日をご記入ください。
- 証明者は代表者もしくは受講者の資格要件を証明できる所属長以上の役職者としてください。
※所属長以上の役職者とは、部長、営業所長、店舗の場合は店長や地域のエリアマネージャー等です。
 - 支店長や店長、営業所長等は自店の部下の証明は出来ますが、**ご自身の証明はできません**。
 - 支店長や店長、営業所長は他店や他の営業所の証明は出来ません。
 - 事業主(経営者)の方が受講される場合は自身で自身を証明してください。
- 証明者の勤務先名称、所在地、所属(例:○○店、○○営業所)、役職、氏名をご記入ください。
- 証明者印は**社印、代表者印または証明者の認印**を押印ください。(はっきり陰影が認められること。)
(日付データ印等**スタンプ印**は使用不可、また誰でも作成可能なデジタル印も不可。)

証明者印はPDF出力後に押印してください。

※印刷後に訂正箇所ある場合は二重線の上、証明者の方の訂正印でご訂正ください。