

記入例

(様式 2)

1. 記入の場合は黒のボールペン使用(鉛筆・消せるボールペン不可)
2. 訂正は二重線の上に訂正印(修正テープ不可)※証明者記入欄訂正は証明者の訂正印
3. 入力する場合は書式を崩さず、チェックなどの記入漏れが内容に注意。
●用紙は日本産業規格A4サイズ白紙(裏面も)

従事年数証明書(実地開催・DVD専用)

従事経験が2事業所(営業所や支店など)以上にわたる場合は、事業所ごとに作成し、各々証明を受けてください

※受講者名等 シャチハタ印の使用不可

氏名:	鈴木 太郎	
生年月日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	

受講者本人の氏名と生年月日を楷書でご記入ください。
受講者氏名を本人自筆の場合、押印は省略できます。

※証明者記入欄

注1)証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15条の9) 注2)証明者記入欄の訂正には必ず証明者の訂正印が必要。

和暦の場合は必ず元号を付けてください(S・H・Rでも可)
西暦の場合は必ず4桁で記入してください。

平成30年4月1日から令和5年3月31日までの5年0ヵ月間、

従事した医療機器販売及び貸与業者の名称と営業所の所在地を記入してください。

名称(会社名及び支社・営業所名等): 株式会社 湯島タロウ電気商会 東京支店

証明する時点で従事していたことを証明できる期間(証明日以前)をご記入ください。

上記支社・営業所等の所在地:

東京都 文京区××1-2-3 ユシマビル2F において

高度管理医療機器等に☑を入れた場合は必ず該当住所の許可証の番号を記入してください。

<input type="checkbox"/>	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(カラコン含む)、プログラム高度管理医療機器のみの経験は対象外です。 ●許可番号を必ず記入してください。
<input type="checkbox"/>	高度管理医療機器販売業(貸与業)許可証番号 許可番号: 号
<input checked="" type="checkbox"/>	2. 特定管理医療機器 (自動電子血圧計等) (補聴器及び家庭用電気治療器を除く特定管理医療機器)
<input checked="" type="checkbox"/>	3. 補聴器
<input type="checkbox"/>	4. 家庭用電気治療器
<input type="checkbox"/>	5. その他の医療機器 (パイプレーター、アルカリイオン整水器など)

取り扱いのある医療機器の種別に☑してください。

※1~5の該当する番号に☑をしてください。

(営業所等で販売等していた医療機器を選択。複数選択可。)

必ず、代表者または受講者の従事を証明できる事業所の長以上の役職者(支店長、店長、本部人事等の役職者または代表取締役等)が記入・捺印してください。

店長・支店長さんなどは、その店舗・支店の部下の証明はできませんが、自身の証明はできません。また他の店舗や支店での従事期間の証明もできません。

事業主[経営者]が受講される場合は、ご自身で自身を証明してください。

記入の期間・所在地において医療機器の販売等の業務に従事していた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6年1月30日

証明者 名称 株式会社 湯島タロウ電気商会 東京支店
所在地 東京都文京区××1-2-3
(役職) 取締役社長
(氏名) 本郷 三郎

※証明者の役職も記入が必要。

証明者印は、社印、代表者印または証明者の認印。(データ印、シャチハタ等のスタンプ印は使用不可)

※証明者の役職も記入が必要。証明者印は、社印、代表者印または証明者の認印。(データ印、シャチハタ等のスタンプ印は使用不可)

*ここに記入いただいた個人情報、管理者講習関連業務以外には使用しません。

(R6-ver1)

(様式 2)

1. 記入の場合は黒のボールペン使用(鉛筆・消せるボールペン不可)
2. 訂正は二重線の上に訂正印(修正テープ不可)※証明者記入欄訂正は証明者の訂正印
3. 入力する場合は書式を崩さず、チェックなどの記入漏れが内容に注意。
●用紙は日本産業規格A4サイズ白紙(裏面も)

従事年数証明書(実地開催・DVD専用)

※受講者名等

氏名:	<input type="text"/>	印 (受講者氏名を本人自筆の場合、押印は省略できます。)	
生年月日	年	月	日

従事経験が2事業所(営業所や支店など)以上にわたる場合は、事業所ごとに作成し、各々証明を受けてください

※証明者記入欄

注1) 証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15条の9) 注2) 証明者記入欄の訂正には必ず証明者の訂正印が必要。

和暦の場合は必ず元号を付けてください(S・H・Rでも可) 西暦の場合は必ず4桁で記入してください。

年	月	日	から	年	月	日	までの	年	ヵ月間、	
名称(会社名及び支社・営業所名等): <input type="text"/>										
上記支社・営業所等の所在地: <input type="text"/> において										
<p>1. 高度管理医療機器に<input checked="" type="checkbox"/>した場合は必ず許可番号を記入してください</p> <p>※1~5の該当する番号に<input checked="" type="checkbox"/>をしてください。</p> <p>(営業所等で販売等していた医療機器を選択。複数選択可。)</p>		<input type="checkbox"/>	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(カラコン含む)、プログラム高度管理医療機器のみの経験は対象外です。 ●許可番号を必ず記入してください。							
		高度管理医療機器販売業 許可番号: <input type="text"/> 号 (貸与業)許可証番号								
		<input type="checkbox"/>	2. 特定管理医療機器 (自動電子血圧計等) (補聴器及び家庭用電気治療器を除く特定管理医療機器)							
		<input type="checkbox"/>	3. 補聴器							
		<input type="checkbox"/>	4. 家庭用電気治療器							
<input type="checkbox"/>	5. その他の医療機器 (パイプレーター、アルカリイオン整水器など)									
上記受講者が本証明書記入の期間・所在地において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						
証明者	名称									
	所在地									
	(役職)									
	(氏名)									
								<input type="text"/>	印	※押印必須

※証明者の役職も記入が必要。証明者印は、社印、代表者印または証明者の認印。(データ印、シャチハタ等のスタンプ印は使用不可)

*ここに記入いただいた個人情報、管理者講習関連業務以外には使用しません。

(R6-ver1)