

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. 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

従事経験の内、事業所や営業所、店舗等の勤務先所在地が2箇所以上にわたる場合、
従事年数証明書は事業所や営業所、店舗毎に作成し、各々証明を受けてください。

※受講者名等

氏名:

※押印必須



※受講者氏名本人自筆の場合のみ押印省略可

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

※従事年数証明書が複数枚
の場合、写真は1枚のみ
貼付。

※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桁を記入してください。
現在まで継続して当該勤務地にお勤めの場合の期間は証明日までとしてください。

年 月 日から 年 月 日までの 年 カ月間、

名称(会社名及び
支社・営業所名等): _____

上記支社・営業所等の
所在地: _____ において

1. 高度管理医療機器に☑した
場合は必ず許可番号を記入し
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。)

| | |
|--------------------------|---|
| <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) ※1 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。 ※2 許可番号を必ず記入。 高度管理医療機器販売業 許可番号: _____ 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) |

上記受講者が記入の期間・所在地において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
社印、代表者印
または認印

(日付印等スタンプ印は不可)

※営業所長、店長は他の営業所や他の店舗の証明は出来ません。また、ご自身の証明も出来ません。その場合は地域を管轄される
エリアマネージャーや本部の証明を受けてください。