



平成29年度 高度管理医療機器等・特定管理医療機器販売及び貸与営業所管理者講習会  
**従事年数証明書**

受講者記入欄

氏名: \_\_\_\_\_ (印) (自署捺印のこと) 本籍: \_\_\_\_\_ 都道府県 \_\_\_\_\_ 生年月日: 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 現住所: \_\_\_\_\_

証明者記入欄

上記の者(氏名: \_\_\_\_\_)は、昭和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 から 昭和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 まで 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 現在 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 箇月間、  
 (勤務先名及び支社・営業所名): \_\_\_\_\_  
 (支社・営業所の所在地): \_\_\_\_\_ に於いて、

※取り扱い医療機器の種類を○で囲む。複数選択可

1. 高度管理医療機器等(コンタクトレンズ・プログラムを除く) 2. 指定視力補正用レンズ等(コンタクトレンズ) 3. 特定管理医療機器(医療機関向け管理医療機器) 4. 補聴器 5. 家庭用電気治療器	}	の 販売 に関する業務に従事 している ことを証明します。 貸与(賃貸) していた (該当を○で囲む) (該当を○で囲む)
---	---	---

※上記事業所の都道府県への許可取得年月日及び許可番号、もしくは届出年月日 (※注: 許可もしくは届出どちらかを○で囲む。)  
 [※更新年月日ではありません。最初に業許可を取得した年月日を記入してください。]

1. 医療機器販売業 許可 届出 取得年月日( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) 許可番号( \_\_\_\_\_ )  
 2. 医療機器貸与(賃貸)業 許可 届出 取得年月日( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) 許可番号( \_\_\_\_\_ )

名称 \_\_\_\_\_ 所在地 \_\_\_\_\_  
 平成 29 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日(証明書記入日) 証明者(役職名・氏名) \_\_\_\_\_ (印) (必ずご捺印ください)

- (注意) 1. 従事年数不足・届出及び許可取得年月日の記入もれがある場合は、申込みが無効となりますので注意してください。  
 2. 従事した業務に必ず○印を付けてください。(ex. 販売 ○ 貸与(賃貸) ○)  
 3. 証明依頼があった場合には、それを拒否することはできません。また、証明者は、虚偽又は不正の証明を行ってはなりません。(医薬品医療機器等法施行規則第15条の9)  
 4. 証明者は受講申込者の所属長以上の方となります。本人が事業主の場合は本人による証明となります。  
 5. 鉛筆・消せるボールペンでの記入は無効となります。

記入例



平成29年度 高度管理医療機器等・特定管理医療機器販売及び貸与営業所管理者講習会  
 従事年数証明書

受講者記入欄

氏名: 文京太郎 (文京印) (自署捺印のこと) 本籍: 東京 (都道府県) 生年月日: 昭和・平成 43年 1月 1日  
 現住所: 東京都文京区本郷1-2-3 医療マンション101号

証明者記入欄

上記の者(氏名: 文京太郎) は、昭和 26年 6月 1日 から 昭和 29年 6月 20日 まで 3年 0箇月間、  
 (勤務先名及び支社・営業所名): 医療機器株式会社 東京本社  
 (支社・営業所の所在地): 東京都文京区本郷4丁目5-6 ABCビル 1階 に於いて、

※取り扱い医療機器の種類を○で囲む。複数選択可

- 1. 高度管理医療機器等(コンタクトレンズ・プログラムを除く)
- 2. 指定視力補正用レンズ等(コンタクトレンズ)
- 3. 特定管理医療機器(医療機関向け管理医療機器)
- 4. 補聴器
- 5. 家庭用電気治療器

の 販売 に関する業務に従事 している ことを証明します。  
 貸与(賃貸) していた  
 (該当を○で囲む) (該当を○で囲む)

※上記事業所の都道府県への許可取得年月日及び許可番号、もしくは届出年月日 (※注: 許可もしくは届出どちらかを○で囲む。)  
 [※更新年月日ではありません。最初に業許可を取得した年月日を記入してください。]

- 1. 医療機器販売業 許可 届出 取得年月日( H17 年 4 月 1 日) 許可番号( 00000000)
- 2. 医療機器貸与(賃貸)業 許可 届出 取得年月日( 年 月 日) 許可番号( )

平成 29 年 3 月 20 日(証明書記入日) 名称 医療機器株式会社  
 所在地 東京都文京区本郷4丁目5-6 ABCビル 1階  
 証明者(役職名・氏名) 代表取締役社長 医療太郎

社 株 医  
 長 株 医  
 之 長 株 医  
 機 長 株 医  
 印 長 株 医  
 社 長 株 医  
 必 長 株 医  
 ず 長 株 医  
 ご 長 株 医  
 捺 長 株 医  
 印 長 株 医  
 ください

※証明日の時点では受講要件年数を満たさなくても、受講日の前日までに満たせば受講が可能です。  
 その場合の記入方法として、従事期間の最終日を受講要件年数を満たす年月日とし、従事期間年月の右の余白に(見込み)と記入してください。

販売業または貸与業許可証に記載されている番号を記入。

- (注意)
1. 従事年数不足や届出及び許可取得年月日の記入もれがある場合は、申込みが無効となりますので注意してください。
  2. 従事した業務に必ず○印を付けてください。(ex. 販売 貸与(賃貸))
  3. 証明依頼があった場合には、それを拒否することはできません。また、証明者は、虚偽又は不正の証明を行ってはいけません。
  4. 証明者は受講申込者の所属長以上の方となります。本人が事業主の場合は本人による証明となります。
  5. 鉛筆・消せるボールペンでの記入は無効となります。

※支社・営業所の所属長以上の方が証明して下さい。  
 (現在従事されている支社・営業所の所属長が、他の支社・営業所での従事経験を証明することはできません。)