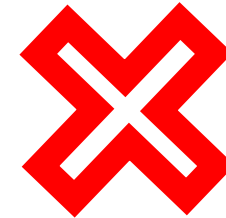
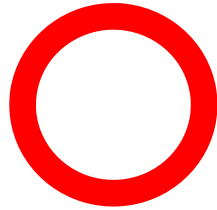


申込書類の印刷向きにご注意ください



医療機器センター専用

H30
C1版

平成30年度 コンタクトレンズ販売営業所管理者協会
従事年数証明書

申請者記入欄
氏名: _____ (印) (通称記載のこと) 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 平成 _____ 年 月 日 まで _____ 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・プログラム線) } の 販売 に関する業務に従事 している ことを証明します。
2. 指定視力矯正用レンズ等(コンタクトレンズ) } の 貸与(賃貸) していた
3. 特定管理医療機器(医療機関向け管理医療機器) } (該当を○で囲む) (該当を○で囲む)
4. 補助器
5. 家庭用電気治療器
6. その他の医療機器
※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を記入して下さい。
〔※業種年月日ではありません。業種に業種変更履歴した年月日を記入して下さい。〕
1. 医療機器販売業 許可取得年月日(H _____ 年 月 日) 許可番号(_____)
2. 医療機器貸与(賃貸)業 許可取得年月日(H _____ 年 月 日) 許可番号(_____)
平成 30 年 月 日(証明書記入日) 所在地 _____
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> <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. 証明者は申請申込書の所属者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。

H30
C1版

平成30年度 コンタクトレンズ販売営業所管理者協会
従事年数証明書

申請者記入欄
氏名: _____ (印) (通称記載のこと) 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 平成 _____ 年 月 日 まで _____ 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・プログラム線) } の 販売 に関する業務に従事 している ことを証明します。
2. 指定視力矯正用レンズ等(コンタクトレンズ) } の 貸与(賃貸) していた
3. 特定管理医療機器(医療機関向け管理医療機器) } (該当を○で囲む) (該当を○で囲む)
4. 補助器
5. 家庭用電気治療器
6. その他の医療機器
※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を記入して下さい。
〔※業種年月日ではありません。業種に業種変更履歴した年月日を記入して下さい。〕
1. 医療機器販売業 許可取得年月日(H _____ 年 月 日) 許可番号(_____)
2. 医療機器貸与(賃貸)業 許可取得年月日(H _____ 年 月 日) 許可番号(_____)
平成 30 年 月 日(証明書記入日) 所在地 _____
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> <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. 証明者は申請申込書の所属者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。

申込書および従事年数証明書はプリンターの設定を「自動縦/横」もしくは「横」に設定して印刷して下さい
A4縦方向印刷の申込書は受理できません

記入例



平成30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 (印) (自署捺印のこと) 本籍: 東京 都道 府 県 生年月日: 昭和・平成 60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 27年 6月 1日から 平成 30年 6月 1日 現在 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
- 6. その他の医療機器

の 販売 に関する業務に従事 している
貸与(賃貸) していた
(該当を○で囲む) (該当を○で囲む)

※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。

※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()

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して下さい。許可番号に変更があった場合は新旧両方の許可番号及び許可取得日を記載して下さい。

平成 30 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 式 療
之 会 機
印 社 必 捺
ご捺印ください

- (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。)



平成30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
6. その他の医療機器
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)

※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(_____)

平成 30 年 _____ 月 _____ 日(証明書記入日) 所在地 _____ 名称 _____ 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 (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。(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。