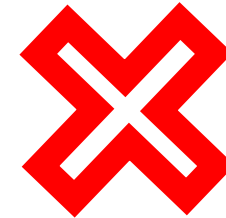
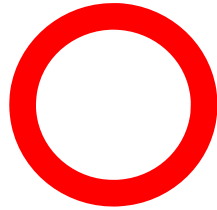


申込書類の印刷向きにご注意ください



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

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: _____

上記の者(氏名: _____)は、昭和 _____ 年 月 日 から 昭和 _____ 年 月 日 まで _____ 年 〇月 〇日、
平成 _____ 年 月 日 から 平成 _____ 年 月 日 現在 _____ 年 〇月 〇日、

(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〇で囲む。複数選択可

1. 高度管理医療機器等(コンタクトレンズ・プログラム除く) 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 こと(該当を〇で囲む)
3. 特定管理医療機器(医療機関向け管理医療機器) (該当を〇で囲む)
4. 補助器 (該当を〇で囲む)
5. 家庭用電気治療器 (該当を〇で囲む)
6. その他の医療機器 (該当を〇で囲む)

※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を記入して下さい。
[※変更年月日ではありません。最初に許可取得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〇印を付けてください。(ex. <販売> <貸与> <管理医療機器> <補助器> <家庭用電気治療器> <その他>)
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定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

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: _____

上記の者(氏名: _____)は、昭和 _____ 年 月 日 から 昭和 _____ 年 月 日 まで _____ 年 〇月 〇日、
平成 _____ 年 月 日 から 平成 _____ 年 月 日 現在 _____ 年 〇月 〇日、

(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〇で囲む。複数選択可

1. 高度管理医療機器等(コンタクトレンズ・プログラム除く) 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 こと(該当を〇で囲む)
3. 特定管理医療機器(医療機関向け管理医療機器) (該当を〇で囲む)
4. 補助器 (該当を〇で囲む)
5. 家庭用電気治療器 (該当を〇で囲む)
6. その他の医療機器 (該当を〇で囲む)

※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を記入して下さい。
[※変更年月日ではありません。最初に許可取得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〇印を付けてください。(ex. <販売> <貸与> <管理医療機器> <補助器> <家庭用電気治療器> <その他>)
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定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

平成30年度 医療機器修理責任技術者基礎講習



記入例1 (基本例)

従事年数証明書

| | | |
|--|-------------------------------|--|
| 受講者記入欄 | (※自署捺印のこと) 本籍 東京都 (都道府県) | |
| | 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 | 氏名 文京太郎 (文京印) ← 印もれ注意 | |
| | 生年月日 昭和平成 60年 1月 1日 | |
| 上記受講希望者(氏名: 文京太郎)は、 昭和 27年 4月 1日 から 昭和 30年 5月 10日 まで 3年 1箇月の間、 (平成) (平成) (現在) (見込み) 当社の 東京 本社 支社 に於いて、医療機器の 製造 に関する業務に従事 している ことを証明し 営業所 修理 していた | | |
| (※証明する事業所が移転又は合併等した場合は、移転又は合併等する前の許可番号、許可年月日も合わせて記入して下さい。また、合併等により社名変更した場合は、旧社名も余白に記入して下さい。) (記入例) 移転前: H8/4/1 13BS0456 医療用具(株) | | |
| 名称 医療機器株式会社 所在地 東京都文京区本郷4-5-6 証明者(役職・氏名) 代表取締役社長 医療太郎 (社株医療機器印) | | |
| 1. 医療機器製造業 [許可(登録)番号: 13BS00123] (S) 10年 4月 1日 2. 医療機器修理業 [許可番号:] (H) 年 月 日 [※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下さい。] | | |
| 従事している(従事していた) 上記事業所の業許可番号及び許可取得年月日記入欄 | | |

- 備考
1. 従事年数不足や業許可番号及び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. (製造) (修理))
 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。

H30
修基

記入例2 (同一の会社内で支店等を
異動した場合の例)

医療機器修理責任技術者基礎講習 従事年数証明書

受講者記入欄

(※自署捺印のこと)

本籍 東京 都 道
(外国国籍) 府 県

現住所 東京都文京区本郷1-2-3 医療マンション101号

氏名 文京太郎 文京 印 ← 印もれ注意

生年月日 昭和 平成 60 年 1 月 1 日

※証明の開始年月日には、許可取得日以前の従事年数は含まれません。従って、事業所が許可を取得した年月日より通算して3年以上の経験がないと受講要件は満たさないこととなりますので、ご注意ください。

上記受講希望者(氏名: 文京太郎)は、

昭和 17 年 9 月 1 日 から 昭和 22 年 3 月 31 日 まで 4 年 7 箇月 (大阪営業所経験)
平成 22 年 4 月 1 日 から 平成 30 年 2 月 28 日 まで 7 年 11 箇月の間、(東京本社経験)
 (通算: 12 年 6 箇月) 現在

各々の経験年月日と事業所の整合性(上段と下段)

明者記入欄

当社の 大阪東京 (支社・営業所名等記入) 本社 支社 営業所 に於いて、医療機器の 製造 に関する業務に従事 している こと していた

※証明する事業所が移転又は合併等した場合は、移転又は合併等する前の許可番号、許可年月日も合わせて記入して下さい。また、合併等により社名変更した場合は、旧社名も余白に記入して下さい。(記入例)
 移転前: H15/4/1 27BS007890 関西営業所

平成30年 2 月 28 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4-5-6
 証明者(役職・氏名) 代表取締役社長 医療太郎

社 株 医 療 機 器
 長 之 会 社
 印 社 器

従事している(従事していた)
 上記事業所の業許可番号及び
 許可取得年月日記入欄

1. 医療機器製造業 [許可(登録)番号: 27BS003456] (S H 18 年 4 月 1 日) 大阪営業所 移転前: H15/4/1 関西営業所(27BS007890)
 2. 医療機器修理業 [番号: 13BS001234] (H 9 年 4 月 1 日) 東京本社
 [※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。]

- 備考
1. 従事年数不足や業許可番号及び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. 製造 修理)
 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)
 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。

※複数の事業所での従事経験の証明の場合は、本社で一括して証明して下さい。



平成30年度 医療機器修理責任技術者基礎講習
 従事年数証明書

| | | | |
|---|---|--|--|
| 受講者記入欄 | (※自署捺印のこと) 本籍 (外国国籍) 都道府県 現住所 氏名 (印) 生年月日: 昭和・平成 年 月 日 | | |
| | 上記受講希望者(氏名:)は、 昭和 年 月 日 から 昭和 年 月 日 まで 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 現在 年 箇月の間、 当社の (支社・営業所名等記入) 本社 支社(店) 営業所 に於いて、医療機器の 製造 修理 に関する業務に従事 している していた ことを証明します。 平成 30 年 月 日 (証明書記入日) 名称 所在地 証明者(役職・氏名) (印) | | |
| 従事している(従事していた) 上記事業所の業許可番号及び 許可取得年月日記入欄 | 1. 医療機器製造業 [許可(登録)番号:](S 年 月 日) 2. 医療機器修理業 [許可番号:](H 年 月 日) [※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。] | | |

- 備考
1. 従事年数不足や業許可番号及び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. 製造 修理)
 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。