



平成29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) 現住所 氏名 (印) 生年月日: 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	都道 府県	
証明者記入欄	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 まで _____ 年 _____ 箇月の間、 現在		
	当社の _____ (支社・営業所名等記入) 本 社 _____ 製 造 _____ している 支 社(店) _____ に於いて、医療機器の _____ に関する業務に従事 _____ ことを証明します。 営 業 所 _____ 修 理 _____ していた		
平成 29 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。



平成29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 氏名 文京太郎 (文京印) ← 印もれ注意 生年月日 昭和平成 43年 1月 1日	
証明者記入欄	上記受講希望者(氏名: 文京太郎)は、 昭和 26年 4月 1日 から 昭和 29年 5月 10日 まで 3年 1箇月の間、 平成 平成 現在 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 していた 東京 支社 営業所 製造 修理 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 (証明書記入日)	
備考	1. 医療機器製造業 [許可(登録)番号: 13BS00123] (H) 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ください。]	

※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になりますので、ご注意ください。

※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。

※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)

※事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事業所の所属長が、他の事業所での従事経験を証明することはできません。)

- 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。

H29
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 42 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 16 年 9 月 1 日 から 昭和 21 年 3 月 31 日 まで 4 年 7 箇月 (大阪営業所経験)
平成 21 年 4 月 1 日 から 平成 29 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 製造 している に関する業務に従事 していた こと
 製造 修理

※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29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 18 年 4 月 1 日) 大阪営業所 移転前: H15/4/1 岡市営業所(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。