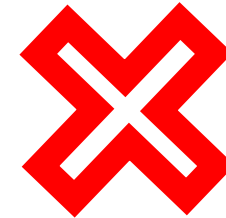
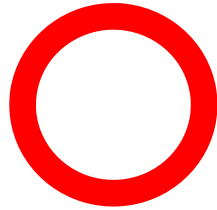


申込書類の印刷向きにご注意ください



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 箇月間、
平成 _____ 年 月 日 から 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○で囲む)
3. 特定管理医療機器(医療機関向け管理医療機器) }
4. 補助器 }
5. 家庭用電気治療器 }
6. その他の医療機器 } (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を記入して下さい。
[※変更年月日ではありません。最初に業種変更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○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定書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。

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 箇月間、
平成 _____ 年 月 日 から 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○で囲む)
3. 特定管理医療機器(医療機関向け管理医療機器) }
4. 補助器 }
5. 家庭用電気治療器 }
6. その他の医療機器 } (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を記入して下さい。
[※変更年月日ではありません。最初に業種変更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○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定書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

H30
製造

平成30年度 医療機器製造業責任技術者講習
従事年数証明書

受講者記入欄

(※必ず本人の自署捺印とすること)

本籍 東京都 (外国国籍) 道府県

現住所 東京都文京区本郷3-32-6 医療マンション101号

氏名 文京太郎 (文京印) (自署捺印のこと) **印もれ注意**

昭和60年1月1日生

証明者記入欄

上記受講希望者(氏名: 文京太郎)は、

昭和25年4月1日から昭和30年5月1日まで 5年1箇月の間、

平成 25年4月1日 から 平成 30年5月1日 まで 現在 5年1箇月の間、
 本社の東京工場営業所に於いて、医療機器の輸入販売(旧薬事法)に関する業務に従事している
 製造 外国製造国内管理人(旧薬事法) していた

(見込み)

※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の場合は、移転前又は合併等する前の許可年月日も合わせて記入して下さい。また、合併等の場合で社名変更した場合、旧社名も余白に記入して下さい。
 (記入例) (H15年4月1日)
 移転前: H10年5月1日

※製造販売業許可事業所での従事経験は不可。

名称 医療機器株式会社
 所在地 東京都文京区本郷3-42-6
 証明者(役職・氏名) 代表取締役社長 医療太郎

社 株 医
 長 式 療
 之 会 機
 印 社 器

従事している(または従事していた)上記事業所の業許可(登録)番号及び業許可取得(登録)年月日記入欄

1. 医療機器製造業 2. (旧薬事法における)医療機器輸入販売業 3. (旧薬事法における)外国製造国内管理人業許可(登録)番号及び取得年月日 [番号: 13BZ00123] (S H 60年4月1日)
 [*更新年月日ではありません。最初に業許可(登録)を得た年月日を記入してください。]

※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. 実務経験年数不足・業許可(登録)番号及び業許可取得(登録)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. 製造 輸入販売 外国製造国内管理人)
 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。
 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
製造平成30年度 医療機器製造業責任技術者講習
従事年数証明書受講者
記入欄

(※必ず本人の自署捺印とすること)

本籍
(外国国籍) 都道府県

現住所

氏名 (印) (自署捺印のこと)

生年月日: 昭和・平成 年 月 日

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 現在 年 箇月の間、

当社の 本社 支社(店) 工場 営業所 に於いて、医療機器の 製造 輸入販売(旧薬事法) 外国製造国内管理人(旧薬事法) 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。

(支社・営業所名等記入)

平成 30 年 月 日(証明書記入日)

名称

所在地

証明者(役職名・氏名)

(印)

従事している(または従事していた)上記事業所の
業許可(登録)番号及び
業許可取得(登録)年月日記入欄

1. 医療機器製造業 2. (旧薬事法における)医療機器輸入販売業 3. (旧薬事法における)外国製造国内管理人
業許可取得(登録)年月日 [許可(登録)番号:] (S 年 月 日)
[※更新年月日ではありません。最初に業許可(登録)を得た年月日を記入してください。]

- 備考 1. 従事年数不足・業許可(登録)番号及び業許可取得(登録)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 輸入販売 外国製造国内管理人)
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。