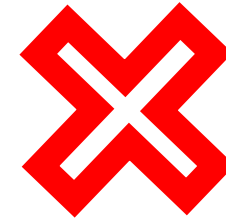
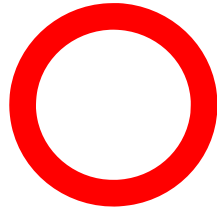


申込書類の印刷向きにご注意ください



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: _____ 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 平成 _____ 年 月 日 まで _____ 年 〇月〇日、
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。種別選別可
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)
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。
【事業所年月日ではありません。最初に業種登録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) _____ (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>)
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。

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: _____ 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 平成 _____ 年 月 日 まで _____ 年 〇月〇日、
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。種別選別可
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)
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。
【事業所年月日ではありません。最初に業種登録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) _____ (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>)
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
総括

平成30年度 医療機器等総括製造販売責任者講習
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1-2-3 医療マンション101号

氏名 文京太郎

東京 (自署捺印) 印もれ注意

昭和・平成 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 平成 24年 9月 1日 から 昭和 平成 30年 3月 1日 まで 5年 6箇月の間、 (見込み)

当社の 東京 本社 支社(店) に於いて、 医療機器 品質管理 製造販売後安全管理 に関する業務に従事 している していた

※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。

※証明する本社又は事業所が移転又は合併等をした場合は、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ください。(記入例) (H22年4月1日) 移転前: H20年5月1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3-42-6 NKDビル7階
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

※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。)

従事している(または従事していた) 上記の本社又は事業所の業許可番号及び業許可取得年月日記入欄

1. 医療機器製造販売業 2. 医療機器製造業 3. (薬事法に) 4. (薬事法における)外国製造国内管理人 5. その他(医薬品等) 業許可番号及び取得年月日 [番号: 13B2X0012] S 20年 4月 1日 H

[※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. 実務経験年数不足・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. 品質管理 製造販売後安全管理)
 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30年度 医療機器等総括製造販売責任者講習 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 まで _____ 現在 当社の _____ 本社 _____ 医療機器 _____ 品質管理 _____ している _____ 支社(店) _____ 医薬品等 _____ 製造販売後安全管理 _____ していた _____ (支社(店)名等記入) _____ 名称 _____ _____ 平成 30 年 _____ 月 _____ 日(証明書記入日) _____ 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) 上記の本社又は事業所の業許可 番号及び業許可取得年月日記入欄	1. 医療機器製造販売業 2. 医療機器製造業 3. (薬事法における)医療機器輸入販売業 4. (薬事法における)外国製造国内管理人 5. その他(医薬品等) [_____] 業許可取得年月日 [許可番号: _____] (S _____ 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. 実務経験年数不足・業許可番号及び業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. 品質管理 製造販売後安全管理)
 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。