

平成××年××月××日
医機製販総発第×××××号

修了証明書

登録番号 製販総第×××××号
住所地 ○○県
氏名 ○○ ○○
生年月日 ××年××月××日生

上記の者は薬事法施行規則第85条第3項第3号に規定する講習等を行う者の登録等に関する省令第1条第1項の規定に基づく厚生労働大臣の登録を受けた医療機器総括製造販売責任者講習を下記のとおり修了したことを証明する。

記

講習実施年月日	平成○○年○○月○○日
従事期間	例)平成18年4月～平成23年3月(5年0ヶ月)
修了証交付年月日	平成○○年○○月○○日

公益財団法人 医療機器センター
理事長 菊地 眞

見本

別紙様式(見本)

平成 27 年度以降の修了者の方はこちらです。

平成 × × 年 × × 月 × × 日
医機製販総発第 × × × × × 号

修了証明書

登録番号 製販総第 × × × × × 号
住所地 ○○県
氏名 ○○ ○○
生年月日 × × 年 × × 月 × × 日生

上記の者は医薬品医療機器等法施行規則第 114 条の 49 第 1 項第 3 号に規定する講習等を行う者の登録等に関する省令第 1 条第 1 項の規定に基づく厚生労働大臣の登録を受けた医療機器等総括製造販売責任者講習を下記のとおり修了したことを証明する。

記

講習実施年月日	平成○○年○○月○○日
従事期間	例)平成 18 年 4 月～平成 23 年 3 月(5 年 0 ヶ月)
修了証交付年月日	平成○○年○○月○○日

公益財団法人 医療機器センター
理事長 菊地 眞