公益財団法人　総合健康推進財団　  
医療機器　修理責任技術者 基礎講習

写真添付欄

４ｃｍ×

3cm

カラーのみ可

**従事年数証明書**

|  |  |
| --- | --- |
| 「研修サイト」お申込みフォームにて、この従事年数証明書データを「**PDF**」等の形式でアップロードしてください。  アップロードできない方は、メールまたは下記の住所まで郵送ください。 | |
| 送付先住所・  メール | 〒101-0047　東京都千代田区内神田二丁目7番6号　ゆまにビルディング4階 公益財団法人　総合健康推進財団　医療機器研修担当宛 E-mail：iryoshuri@soukensui.or.jp |

1. 受講者情報　（従事年数証明の対象者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 生年月日　（西暦） |  | | |
| フリガナ |  | | |
| 氏名 | ※受講者本人サインの場合は、印鑑を省略できます。 | | 本人印 |
| 電話番号 |  |  | |

1. 従事した期間（西暦）

|  |
| --- |
| 年　　　　　月　　　　　日 　～　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |

1. 事業所の業態と業務の種別

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **業務の種別**  ※該当する業務をチェックください | 修理に関する業務 | |
| 製造に関する業務 | |
| **従事している（していた）事業所の業許可番号及び業許可取得年月日**  ※【許可有効期間開始日】には、  「従事した期間の開始日」より  前の日付をご記入ください。 | 修理業　【事業所許可（登録）番号】 | BS |
| 【許可有効期間開始日】 | 年　　　　月　　　　日 |
| 製造業　【事業所許可（登録）番号】 | BZ |
| 【許可有効期間開始日】 | 年　　　　月　　　　日 |

1. 証明者の署名欄 （医療機器の修理（製造を含む）に関する業務に従事している（していた）こと  
    を証明できる方。もしくは人事権を持つ方）

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |
| 所在地 |  |
| 上記の受講者は医療機器の修理（製造を含む）に従事している（していた）ことを証明いたします。 | |
| 証明日 （西暦） |  |
| 証明者の役職 | 証明書印  社印・代表者印等 |
| 証明者の氏名 | ※証明者本人サインの場合は、印鑑を省略できます。 |
| ご担当者様連絡先 | 【電話番号】 |
| 【メールアドレス】 |

※虚偽があった場合は受講・修了は取り消し致しますのでご注意ください。

※同じ会社で複数店舗に勤務された方は各店長ではなく、エリアマネージャーや代表取締役の方が証明してください。

※本人が事業主の場合は本人が証明することとなります。