**公益財団法人　総合健康推進財団**
**令和７年度**　医療機器販売業・貸与業 営業所管理者　基礎講習

**従事年数証明書**

顔写真

※貼付必須

カラーのみ可

|  |
| --- |
| 「研修サイト」お申込みフォームにて、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、メールに添付し以下のアドレス宛にご提出ください。 |
| 提出先メールアドレス | **iryokiso@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 | 本人印 |
| 氏名 | ※受講者本人の自筆による署名（フルネーム）の場合は、印鑑を省略できます |
| 電話番号 |  |

②ご希望の修了証（一つだけ〇または✔をご記載ください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 高度管理医療機器等 |  | 特定管理医療機器 |
|  | 補聴器 |  | 家庭用電気治療器 |
|  | 補聴器及び家庭用電気治療器 |

③従事した期間（西暦）

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

④取り扱っている医療機器の種類（該当するものに〇または✔をご記載ください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 高度管理医療機器等 |  | 特定管理医療機器 |
|  | 補聴器 |  | 家庭用電気治療器 |
|  | 補聴器及び家庭用電気治療器 |
| 法人及び営業所・店舗等（名称） |  |
| 営業所・店舗等の所在地（住所） |  |
| “**高度管理医療機器等**“を**選択された方**は、必ず以下の項目についてもご記入ください |
| 事業所許可番号 |  |
| 許可有効期間開始日 | 　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　※従事開始日より前の日付(許可更新日)をご記入ください |
| 取り扱っている高度管理医療機器等の販売名・商品名・型名 | ※指定視力補正用レンズ・カラーコンタクトレンズのみの記載は受講要件を満たしません |

⑤　証明者の署名欄　（代表者、あるいは人事権をお持ちの、従事を証明できる方）

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 所在地 |  |
| 上記の受講者は医療機器の販売・貸与に従事している（していた）ことを証明いたします証明者印丸印・角印等※押印必須 |
| 証明日　（西暦） |  |
| 証明者の役職 |  |
| 証明者の氏名 |  |
| ご担当者様の連絡先（任意） | 【電話番号】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【お名前】 |
| 【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。

※本人が事業主の場合は、本人が証明することができます。