公益財団法人　総合健康推進財団　  
**令和７年度**　医療機器　修理責任技術者 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 | **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 | 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 |  |  |

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、  従事開始日より前の日付  (許可更新日)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 |
| **法人及び営業所・店舗等（名称）** |  | |
| **営業所・店舗等の所在地（住所）** |  | |

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） | 証明者印  丸印・角印等  ※押印必須 |
| 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となります。