

## 追加用 従事年数証明書

従事経験が2社以上にまたがる場合は、本証明書をご利用ください

「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	
氏名	本人印
電話番号	

※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

### ②ご希望の修了証（一つだけ○または✓をご記載ください）

<input type="checkbox"/>	高度管理医療機器等	<input type="checkbox"/>	特定管理医療機器
<input type="checkbox"/>	補聴器	<input type="checkbox"/>	家庭用電気治療器
<input type="checkbox"/>	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○または✓をご記載ください）

<input type="checkbox"/>	高度管理医療機器等	<input type="checkbox"/>	特定管理医療機器
<input type="checkbox"/>	補聴器	<input type="checkbox"/>	家庭用電気治療器
<input type="checkbox"/>	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ができます。