

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

「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

顔写真

※貼付必須

カラーのみ可

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)

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○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。

## 従事年数証明書作成の注意事項

1. 受講生情報欄には、受講生本人の印鑑を押印ください。なお、氏名を受講生本人が直筆した場合は、印鑑を省略することができます。
2. 本講習は、指定視力補正用レンズ等の販売等の経験のみでは、カリキュラムが異なるためご受講いただくことはできません。  
※ 指定視力補正用レンズ等…「再使用可能な視力補正用色付コンタクトレンズ」、「再使用可能な視力補正用コンタクトレンズ」、「単回使用視力補正用コンタクトレンズ」、「単回使用視力補正用色付コンタクトレンズ」、「再使用可能な非視力補正用色付コンタクトレンズ」、「単回使用非視力補正用色付コンタクトレンズ」を指します。
3. 従事した期間は、「証明日」の前日までに受講要件を満たしている必要があります。
4. 従事した期間は、複数の事業所での従事経験を通算した期間でも構いません。同一の事業所で複数の営業所・店舗等で勤務していた場合、通算した期間をご記入ください。  
複数の事業所での従事経験を合算する場合は、事業所ごとに従事年数証明書を作成ください。
5. 従事経験は、医療機器の販売業・貸与業の許可又は届出済みの事業所で販売又は貸与に関する業務に従事していた期間が対象となります。  
医療機器を取り扱っている企業の従業員であるというだけでは、受講要件を満たしませんのでご注意ください（例えば、経理事務のみを行っている場合などは従事の対象外となります。）  
ご自身の従事経験については、必ず、従事した事業所の業許可証をご確認ください。
6. “高度管理医療機器等”をお取り扱いの場合、従事した期間に間違いなく高度管理医療機器等を取り扱っていたことを確認する必要があるため、『事業所許可番号』及び『許可有効期間開始日』には、必ず従事した期間の開始日より前の番号・日付（許可更新日）をご記入ください。  
従事した期間より後の日付が記入されていた場合、『許可有効期間開始日』から「従事した期間の終わり」までを従事経験として承ります。
6. 「証明者印」には、事業所の社印（角印）または代表者印（丸印）を押印してください。
7. 以前、従事していた事業所が廃業等で存在せず従事経験を証明できない場合、本講習はご受講いただけません。
8. 従事年数証明書について、虚偽の証明内容により受講された場合は、修了を取消の上、修了証の返納を求めますのでご注意ください。

[記入例]

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

「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

顔写真  
※貼付必須  
カラーのみ可

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

受講生本人の印鑑を押印。  
なお、受講生本人が氏名を直筆(署名)する場合は省略可能。

②ご希望の修了証(一つだけ○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	在職の場合でも移入。	家庭用電気治療器
補聴器及び家庭用電気治療器	証明日の前日までが有効な期間。	

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)

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

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

証明日を忘れず記入。  
証明書印は社印(角印)または代表者印(丸印)。

上記の受講者は医療機器の販売・貸与に従事

証明日(西暦)		証明者印
証明者の役職		丸印・角印等
証明者の氏名		※押印必須
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。