

追加用 従事年数証明書

※従事年数が2社以上にまたがる場合は、この「追加用 従事年数証明書」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

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	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 従事した期間(西暦)

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

③ 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	<input type="checkbox"/> 修理に関する業務
	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 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)	

④ 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	
証明者の氏名	証明者印 丸印・角印等 ※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となります。