

公益財団法人 総合健康推進財団
令和8年度 コンタクトレンズ販売 営業所管理者講習
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

iryo-jimukyoku@soukensui.or.jp

① 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	
証明者は、受講者の医療機器の販売・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）	
証明者の役職	
証明者の氏名	

社印または代表者印
丸印・角印のみ可
※押印必須。個人印は不可

② 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	
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

本人印

顔写真
※貼付必須
カラーのみ可

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(該当するものに✓)

<input type="checkbox"/>	コンタクトレンズ(指定視力補正用レンズ等)
<input type="checkbox"/>	コンタクトレンズ以外の高度管理医療機器（1年以上～3年未満）
取り扱っているコンタクトレンズ販売名・商品名 もしくは取り扱っている高度管理医療機器の販売名・商品名を記入してください。	
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
下記項目について、「証明者の署名欄」と同じであれば同上の記載でも可能	
法人名及び営業所名・店舗名	
営業所・店舗等の住所	

※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。

記入例

公益財団法人 総合健康推進財団
令和8年度 コンタクトレンズ販売 営業所管理者講習
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 iryo-jimukyoku@soukensui.or.jp

① 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 (西暦)	
証明者の役職	
証明者の氏名	

社印(角印)または代表者印(丸印)
ゴム印不可

証明者は、受講者の医療機器の販売・貸与に従事している(していた)ことを証明する

社印または代表者印
丸印・角印のみ可
※押印必須。個人印は不可

記入漏れが大変多くなっており
証明日は必ずご記入ください

② 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	
電話番号	

直筆じゃない場合は、押印必須

※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

本人印

顔写真
※貼付必須
カラーのみ可

在籍中でも、証明日の前日の日付を
ご記入ください

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(該当するものに✓)

コンタクトレンズ(指定視力補正用レンズ等)	
コンタクトレンズ以外の高度管理医療機器 (1年以上~3年未満)	
取り扱っているコンタクトレンズ販売名・商品名 もしくは取り扱っている高度管理医療機器の販売名・商品名を記入してください。	
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
法人名及び営業所名	下記項目について「証明者署名欄」と同じであれば同上の記載でも可能
営業所・店舗等の住所	従事した期間の開始日より 前の日付をご記入ください

※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。


記入例

公益財団法人 総合健康推進財団
令和8年度 コンタクトレンズ販売 営業所管理者講習
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 iryo-jimukyoku@soukensui.or.jp

② 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	公益財団法人 総合健康推進財団	
所在地	東京都千代田区神田司町二丁目 6 番	
証明者は、受講者の医療機器の販売・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）	2025年 10月 1日	
証明者の役職	理事長	
証明者の氏名	総合 太郎	

② 受講者情報（従事年数証明の対象者）

生年月日（西暦）	2021年 8月 16日	
フリガナ	ソウゴウ イチコ	
氏名	総合 イチ子 <small>※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</small>	本人印
電話番号	03-6262-9450	



③ 従事した期間(西暦)

2015年 12月 7日 ~ 2019年 12月 20日

④ 取り扱っている医療機器(該当するものに✓)

<input checked="" type="checkbox"/>	コンタクトレンズ(指定視力補正用レンズ等)
<input type="checkbox"/>	コンタクトレンズ以外の高度管理医療機器 (1年以上~3年未満)
取り扱っているコンタクトレンズ販売名・商品名 もしくは取り扱っている高度管理医療機器の販売名・商品名を記入してください。	
一般名称:再使用可能な視力補正用色付コンタクトレンズ 販売名:2WEEK メニコン	
事業所許可番号	S091406号
許可有効期間開始日	2015年 12月 5日 <small>※従事開始日より前の日付(許可更新日)をご記入ください</small>
下記項目について、「証明者の署名欄」と同じであれば同上の記載でも可能	
法人名及び営業所名・店舗名	総合健康推進財団 保健福祉センター
営業所・店舗等の住所	東京都千代田区神田司町二丁目 6 番

※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。