

追加用

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

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

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）

フリガナ	
氏名	

本人印

※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

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
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。