

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

iryu-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 ご希望の修了証(該当するものに1つのみ✓)

<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"/>	補聴器及び家庭用電気治療器	<input type="checkbox"/>	家庭用電気治療器
<input type="checkbox"/>	補聴器		

④ 従事した期間(西暦)

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

⑤ 取り扱っている医療機器の種類(該当するものに✓)

<input type="checkbox"/>	高度管理 医療機器等 選択する方は、 右の項目をご記入ください	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
<input type="checkbox"/>	特定管理医療機器	<input type="checkbox"/>	補聴器及び家庭用電気治療器
<input type="checkbox"/>	家庭用電気治療器	<input type="checkbox"/>	補聴器
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 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

iryu-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)ことを証明いたします

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ます
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

本人印

顔写真
※貼付必須
カラーのみ可

※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 ご希望の修了証(該当するものに1つのみ✓)

<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"/>	補聴器及び家庭用電気治療器		家庭用電気治療器
<input type="checkbox"/>	補聴器		

在籍中でも、証明日の前日の日付をご記入ください

④ 従事した期間(西暦)

年 月 日 ~ 年 月 日

⑤ 取り扱っている医療機器の種類(該当するものに✓)

<input type="checkbox"/>	高度管理医療機器等 選択する方は、 右の項目をご記入ください	事業所許可番号	年 月 日
		許可有効期間開始日	※従事開始日より前の日付をご記入ください
<input type="checkbox"/>	特定管理医療機器	<input type="checkbox"/>	補聴器及び家庭用電気治療器
<input type="checkbox"/>	家庭用電気治療器	<input type="checkbox"/>	補聴器

取
機
器

従事した期間の開始日より
前の日付をご記入ください

※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

下記項目について、「証明者の署名欄」と同じであれば同様の記載でも可能

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 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

iryu-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	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	総合健康 推進財団
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 ご希望の修了証(該当するものに1つのみ✓)

<input checked="" 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"/>	補聴器及び家庭用電気治療器	<input type="checkbox"/>	家庭用電気治療器
<input type="checkbox"/>	補聴器		

④ 従事した期間(西暦)

2015 年 12 月 7 日 ~ 2019 年 12 月 20 日

⑤ 取り扱っている医療機器の種類(該当するものに✓)

<input checked="" type="checkbox"/>	高度管理 医療機器等	事業所許可番号	S091406 号
	<small>選択する方は、 右の項目をご記入ください</small>	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をご記入ください</small>
		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	自動体外式除細動器(AED-3100 シリーズ カルジオライフ) <small>※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</small>

<input type="checkbox"/>	特定管理医療機器	<input type="checkbox"/>	補聴器及び家庭用電気治療器
<input type="checkbox"/>	家庭用電気治療器	<input type="checkbox"/>	補聴器

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。