

追加用

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

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

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）

| | |
|------|--|
| 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の種類(該当するものに✓)

| | 事業所許可番号 | 許可有効期間開始日 | | |
|------------------------------------|--|---------------------------------|--|--|
| | | 年 | 月 日 | |
| <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 | 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 | ※従事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 | |
| <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。