

## 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	

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	

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

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 事業所の業態と業務の種別

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

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

法人及び営業所・店舗等(名称)	
営業所・店舗等の所在地(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 修理責任技術者 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	
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修理(製造を含む)に従事している(していた)ことを証明してください	
証明日(西暦)	
証明者の役職	
証明者の氏名	

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

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	

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 従事した期間(西暦)

年 月 日 ~ 年 月 日
---------------

在籍中でも、証明日の前日の日付を  
ご記入ください

### ④ 事業所の業態と業務の種別

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"/> BZ 【許可有効期間開始日】 年 月 日

従事した期間の開始日より  
前の日付をご記入ください

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

法人及び営業所・店舗等(名称)	
営業所・店舗等の所在地(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 修理責任技術者 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）	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

総合健康  
推進財団

### 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
電話番号	03-6262-9450

本人印



### ③ 従事した期間（西暦）

2015年12月7日 ~ 2019年12月20日

### ④ 事業所の業態と業務の種別

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 checked="" type="checkbox"/> 修理業【事業所許可（登録）番号】 99 BS 123456 【許可有効期間開始日】 2015年12月5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
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	
法人及び営業所・店舗等（名称）	総合健康推進財団 保健福祉センター
営業所・店舗等の所在地（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。