

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 修理責任技術者 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）	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
証明者の役職	
証明者の氏名	

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 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。