

従事年数証明書作成の注意事項

1. 受講生情報欄には、受講生本人の印鑑を押印ください。なお、氏名を受講生本人が直筆した場合は、印鑑を省略することができます。
2. 本講習は、指定視力補正用レンズ等の販売等の経験のみでは、カリキュラムが異なるためご受講いただくことはできません。
※指定視力補正用レンズ等…「再使用可能な視力補正用色付コンタクトレンズ」、「再使用可能な視力補正用コンタクトレンズ」、「単回使用視力補正用コンタクトレンズ」、「単回使用視力補正用色付コンタクトレンズ」、「再使用可能な非視力補正用色付コンタクトレンズ」、「単回使用非視力補正用色付コンタクトレンズ」を指します。
3. 従事した期間は、「証明日」の前日までに受講要件を満たしている必要があります。
4. 従事した期間は、複数の事業所での従事経験を通算した期間でも構いません。同一の事業所で複数の営業所・店舗等で勤務していた場合、通算した期間をご記入ください。
複数の事業所での従事経験を合算する場合は、その事業所ごとに従事年数証明書を作成ください。
5. 従事経験は、医療機器の販売業・貸与業の許可又は届出済みの事業所で販売又は貸与に関する業務に従事していた期間が対象となります。
医療機器を取り扱っている企業の従業員であるというだけでは、受講要件を満たしませんのでご注意ください（例えば、経理事務のみを行っている場合などは従事の対象外となります。）
6. 「証明者印」には、事業所の社印（角印）または代表者印（丸印）、または代表者もしくはそれに準ずる役職の方の印鑑を押印してください。なお、証明者の氏名を証明者本人が自筆する場合は、証明者印を省略することができます。
7. 以前、従事していた事業所が廃業等で存在せず、従事経験を証明できない場合、本講習はご受講いただけません。
8. 従事年数証明書について、虚偽の証明内容により受講された場合は、修了を取消の上、修了証の返納を求めますのでご注意ください。

[記載例]

公益財団法人 総合健康推進財団
令和4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、この従事年数証明書データを「PDF」「JPG」「PNG」のいずれか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、メールまたは下記の住所まで郵送ください。

送付先住所・メール
〒101-0047 東京都千代田区内神田二丁目7番6号 ゆまにビルディング4階
公益財団法人総合健康推進財団 医療機器研修担当宛
E-mail : iryokiso@soukensui.or.jp

写真添付欄
4cm×
3cm
カラーのみ可

① 受講者情報（従事年数証明の対象者）

生年月日（西暦）	1990年4月1日
フリガナ	ザイダン タロウ
氏名	財団 太郎
	※受講者本人サインの場合は、印鑑を省略できます。

本人印

② ご希望の修了証（一つだけに○をご入力ください）

<input checked="" type="radio"/>	高度管理医療機器等	特	高度管理医療機器等の資格を希望する場合は、必ず記入ください。
<input type="radio"/>	補聴器	家	
<input type="radio"/>	補聴器及び家庭用電気治療器		

受講生本人の印鑑を押印ください。
なお、受講生本人が氏名を直筆する場合は省略できます。

③ 従事した期間（西暦）

平成30年4月1日 ~ 令和4年3月31日

④ 取り扱っている医療機器の種類（該当するものに○をご入力ください）

<input checked="" type="radio"/>	高度管理医療機器等	特	高度管理医療機器等の資格を希望する場合は、必ず記入ください。
<input type="radio"/>	補聴器	家	
<input type="radio"/>	補聴器及び家庭用電気治療器		

“高度管理医療機器等”を選択された方は、必ず以下の項目についてもご記入ください。

事業所許可番号	9999999
取り扱っている高度管理医療機器等の品目	AED、パルスオキシメーター

※指定視力補正用レンズ等のみの記載は認められません。

高度管理医療機器等の資格を希望する場合は、必ず記入ください。

⑤ 証明者の署名欄（医療機器販売の業務に従事している（していた）ことを証明できる方。

代表者、もしくは人事権を持つ方）

会社名	株式会社 ○○○○
所在地	東京都千代田区内神田○丁目○番○号
上記の受講者は医療機器の販売・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）	令和4年4月1日
証明者の役職	代表取締役
証明者の氏名	○○ ○○
	※証明者本人サインの場合は、印鑑を省略できます。

証明書印は、社印（角印）または代表者印（丸印）を押印ください。
なお、証明者本人が氏名を直筆する場合は、印鑑を省略できます。

証明書印
社印・代表者印等

※虚偽があった場合は取り消しになりますのでご注意ください。
※同じ会社で複数店舗に勤務された方は各店長ではなく、エリアマネージャーや代表取締役の方が証明してください。
※本人が事業主の場合は本人が証明することとなります。