

公益財団法人 総合健康推進財団
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 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、メールまたは、下記の住所まで郵送ください。

送付先 〒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
メール 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

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）	
フリガナ	
氏名	本人印
電話番号	

※受講者本人サインの場合は、印鑑を省略できます

②ご希望の修了証(一つだけ○または✓をご記載ください)

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

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○または✓をご記載ください)

<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	<input type="checkbox"/>	家庭用電気治療器
<input type="checkbox"/>	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			
許可有効期間開始日	年	月	日 ※従事した期間開始日より前の日付を記入ください
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等のみの記載は認められません		

⑤ 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）

会社名	
所在地	
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）	
証明者の役職	証明書印
証明者の氏名	社印・代表者印等

※証明者本人サインの場合は、印鑑を省略できます

※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。

※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ができます。