

従事年数証明書

写真添付欄
4cm×
3cm
カラーのみ可

「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 : iryoshuri@soukensui.or.jp

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
	※受講者本人サインの場合は、印鑑を省略できます。
電話番号	

② 従事した期間（西暦）

年 月 日 ~ 年 月 日

③ 事業所の業態と業務の種別

業務の種別 ※該当する業務をチェックください	<input type="checkbox"/> 修理に関する業務
	<input type="checkbox"/> 製造に関する業務
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、 「従事した期間の開始日」より 前の日付をご記入ください。	<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

④ 証明者の署名欄（医療機器の修理(製造を含む)に関する業務に従事している(していた)ことを証明できる方。もしくは人事権を持つ方）

会社名	
所在地	
上記の受講者は医療機器の修理(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	証明書印 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。