従事年数証明書

住　所：

氏　名：

従事した事業所の名称：

従事した事業所の所在地：

従事した事業所の業態の種類：

従事した事業所の許可番号：

上記の者は、上記の事業所で　　　　　　年　　　月　　　日から　　　　　　年

　　　月　　　日まで　　　年　　　か月の間、（品質管理・製造販売後安全管理※）

に関する業務に従事したことを証明します。

　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　住　所：

　　　　　　　　　　　　　氏　名：

※：該当する業務を○印で囲んでください。

従事年数証明書

記載例

住　所：　福岡県福岡市〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

氏　名：　〇〇　〇〇

従事した事業所の名称　　　：　〇〇〇〇株式会社

従事した事業所の所在地　　：　福岡県福岡市〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

従事した事業所の業態の種類：　医療機器製造販売業

従事した事業所の許可番号　：　４０Ｂ〇Ｘ〇〇〇〇〇

上記の者は、上記の事業所で　平成〇〇　年　〇　月　〇　日から　平成〇〇　年

　〇　月　〇　日まで　〇　年　〇　か月の間、（品質管理・製造販売後安全管理※）

に関する業務に従事したことを証明します。

証明する法人の主たる事務所の所在地（本社）、法人名、代表者名（要代表者印）を記載すること。

令和〇〇　年　〇　月　〇　日

　　　　　　　　　　　　　住　所：　福岡県福岡市〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

　　　　　　　　　　　　　氏　名：　〇〇〇〇株式会社

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表取締役　〇〇　〇〇

※：該当する業務を○印で囲んでください。