

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

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。

令和〇〇 年 〇 月 〇 日

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。

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

印

※：該当する業務を○印で囲んでください。