

記入例

(様式2)

従事年

(従事年数が2事業所(営業所や支店など)以上にわたる場合は、事業所ごとに作成し、各々証明を受けてください。)

1. 黒又は青のボールペン使用
2. 入力する場合は書式を崩さず、チェックなどの記入もれがないように注意すること
3. 訂正は二重線の上に訂正印(修正テープ不可)

※受講者記入欄(必ず本人が記名捺印すること) データ印(日付印)、シャチハタ印の使用不可

現住所(自宅住所): 〒274-0041
千葉県市川市 ×× 1-2-3

印鑑を忘れずに

受講者本人の住所と氏名を楷書で記入してください。

氏名: 鈴木 太郎



入力の場合もこの部分は自書にて記入してください。

※証明者記入欄(証明者記入欄の訂正には必ず証明者の訂正印が必要です。)

上記の者は、和暦・西暦どちらでも可

平成 28 年 1 月 から 令和元年 12 月までの 3 年 11 ヵ月間、
名称(会社名及び

支社・営業所名等): 株式会社 湯島タロウ電気商会 東京支店

従事した医療機器販売及び貸与業者の名称と営業所の所在地を記入してください。

支社・営業所等の
所在地: 東京都 文京区 ×× 1-2-3 ユシマビル 2F

通常は証明する時点で従事していたことを証明できる期間(証明日以前)をご記入ください。

申込時点では受講資格年数を満たさないが、受講日までは満たす場合、期間の終了日に受講日の年月を記入、余白に(見込み)と記入してください。

高度管理医療機器等を扱い、医療機器の販売及び貸与業の許可を得ている場合は 許可番号を必ず記入してください。それ以外の医療機器を届出をしている場合は記入不要です。

※1~5の該当する番号に
☑ をしてください。

(営業所等で販売等していた医療機器を選択。複数選択可。)

<input type="checkbox"/>	1. 高度管理医療機器等※(特定保守管理医療機器を含む。) ※指定視力補正用レンズ、プログラム高度管理医療機器のみの経験は対象外 許可番号: <input type="text"/> ※必ず記入
<input checked="" type="checkbox"/>	2. 特定管理医療機器 (自動電子血圧計等) (補聴器及び家庭用電気治療器を除く特定管理医療機器)
<input checked="" type="checkbox"/>	3. 補聴器
<input type="checkbox"/>	4. 家庭用電気治療器
<input type="checkbox"/>	5. その他の医療機器 (バイブレーター、アルカリイオン整水器など)

の販売・貸与の業務に従事していたことを証明いたします。

和暦・西暦どちらでも可

令和 2 年 1 月 15 日

取り扱った医療機器の種別に☑してください。
但し、従事経験の始まりが平成18年4月以降の場合、5. その他の医療機器は、医療機器の従事経験として認められません。

※証明者の役職も記入が必要。

証明者印は、社印、代表者印または証明者の認印。(データ印、シャチハタ等のスタンプ印は使用不可)

名称 株式会社 湯島タロウ電気商会

所在地 東京都文京区 ×× 1-2-3 ユシマビル 2F

(役職) 取締役社長

証明者(氏名) 本郷 二郎



必ず、代表者または受講者の従事を証明できる事業所の長以上の役職者(支店長、店長、本部人事等の役職者)が記入・捺印してください。

店長・支店長さんなどは、自分の店(支店)での部下の証明はできますが、自分の証明はできません。また他の支店や店舗での従事期間の証明もできません。

事業主[経営者]が受講される場合は、自分で自分を証明してください。

いただいた個人情報は、管理者講習関連業務以外には使用しません。

(様式2)

1. 黒又は青のボールペン使用
2. 入力する場合は書式を崩さず、チェックなどの記入もれがないように注意すること
3. 訂正は二重線の上に訂正印(修正テープ不可)

従事年数証明書

(従事年数が2事業所以上にわたる場合は、事業所ごとに作成し、各々証明を受けてください。)

※受講者記入欄 (必ず本人が記名捺印すること) データ印(日付印)、シャチハタ印の使用不可

現住所(自宅住所): 〒	—

氏名:	Ⓜ

※証明者記入欄 (証明者記入欄の訂正には必ず証明者の訂正印が必要です。)

上記の者は、	
年 月 から	年 月 までの 年 カ月間、
名称(会社名及び支社・営業所名等): _____	
上記支社・営業所等の所在地: _____ において	
<p>1. 高度管理医療機器に☑した場合は必ず許可番号を記入してください。未記入の場合受付できません。</p> <p>※1~5の該当する番号に☑をしてください。</p> <p>(営業所等で販売等していた医療機器を選択。複数選択可。)</p>	<input type="checkbox"/> 1. 高度管理医療機器等※(特定保守管理医療機器を含む。) ※指定視力補正用レンズ、プログラム高度管理医療機器のみの経験は対象外 許可番号: _____ ※必ず記入
	<input type="checkbox"/> 2. 特定管理医療機器 (自動電子血圧計等) (補聴器及び家庭用電気治療器を除く特定管理医療機器)
	<input type="checkbox"/> 3. 補聴器
	<input type="checkbox"/> 4. 家庭用電気治療器
	<input type="checkbox"/> 5. その他の医療機器 (バイプレーター、アルカリイオン整水器など)
の販売・貸与の業務に従事していたことを証明いたします。	
年 月 日	
名 称	
所在地	
(役職)	
証明者 (氏名)	Ⓜ

※証明者の役職も記入が必要。証明者印は、社印、代表者印または証明者の認印。(データ印、シャチハタ等のスタンプ印は使用不可)

*ここに記入いただいた個人情報は、管理者講習関連業務以外には使用しません。

(R2-ver1)