

# 記入例

(様式2)

1. 黒又は青のボールペン使用
2. 訂正は二重線の上に訂正印(修正テープ不可)
3. 用紙はA4サイズ白紙を使用

## 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): 〒274-0041

千葉県市川市 ×× 2-3-4

印鑑を忘れずに

氏名: 湯島 太郎

大正・昭和・平成 ○○年 ○月 ○日生

受講者本人の住所と氏名・生年月日を楷書で記入してください。

湯島

※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、

昭和・平成 26年 4月 から 昭和・平成 29年 12月 までの 3年 9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 湯島

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

通常は従事していたことを証明できる期間をご記入ください。

申込時点では受講資格年数を満たさないが、受講日までには満たす場合、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。

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。

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。)

☑がない場合受付できません。

<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:( )高度の場合必ず記入
<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)

取り扱った医療機器の種別に☑を付けてください。  
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。

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。

平成 30年 1月 15日

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

本郷

※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、シャチハタ印は使用不可)

必ず、証明者(受講者の従事を証明できる所属長以上の役職者)が記入・捺印してください。

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。

店長・支店長さんなどは、部下の証明はできますが、自分の証明はできません。

いただいた個人情報、管理者講習関連業務以外には使用しません。(H30-ver.1)

注)自動電子血圧計をお取扱いの方は、高度管理医療機器等又は、特定管理医療機器の講習を受講する必要があります。

(様式2)

1. 黒又は青のボールペン使用
2. 訂正は二重線の上に訂正印(修正テープ不可)
3. 用紙はA4サイズ白紙を使用

## 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)、シヤチハタ印の使用不可

現住所(自宅住所): 〒	—
_____	
_____	
氏名:	_____ 印 大正・昭和・平成 年 月 日生

※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、	
昭和・平成 年 月 から 昭和・平成 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>※1~5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> <p>☑がない場合受付できません。</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:( _____ ) 高度の場合必ず記入
	<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。	
平成 年 月 日	
名称	
所在地	
証明者 (役職)	
(氏名)	印

※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、シヤチハタ印は使用不可)

\*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。

(H30-ver.1)