

従事年数証明書 作成上の注意点

受講者名・証明写真

- ① 受講される方のお名前を記入し、押印ください。
- ② Web 申込時に顔写真と証明書をアップロードする場合は本体に証明写真の貼付けは不要です。
- ③ 証明書を郵送される場合は縦 3 cm × 横 2.4 cm の証明写真を貼付けてください。（証明書が複数枚ある場合は 1 枚のみ貼付）

1. 正面向きの上半身（肩から上）のもの
2. 受講申込 6 か月以内に撮影したもの
3. 無背景（人物の影、景色等他のものが写っていないもの）
4. 無帽（帽子・サングラス・マスク等を着用していないもの）

従事の期間・名称・所在地

- ① 従事経験のある事業所、営業所、店舗等において実際に勤務している（していた）期間をご記入ください。
- ② 現在まで継続して勤務の場合は、証明日までの期間をご記入ください。未来の日付はご記入いただけません。
- ③ 従事の期間において転勤等で営業所、店舗等所在地が異なる箇所勤務の場合、証明書は複数枚ご用意ください。
- ④ 全ての経験の証明書の作成は不要です。お申込みに必要な経験年数分の証明書をご用意ください。

取扱いのある医療機器

- ① 該当の事業所で取扱いのある医療機器に全て☑を入れてください。
- ② 高度管理医療機器はその営業所等の高度管理医療機器販売業（貸与業）許可証の許可番号をご記入ください。

※コンタクトレンズやプログラムの従事経験は対象外のためそのみの経験で高度の資格はお申込みいただけません。

証明日・証明者

- ① 証明書記入日をご記入ください。
- ② 証明者は代表者もしくは受講者の資格要件を証明できる所属長以上の役職者としてください。
※所属長以上の役職者とは、部長、営業所長、店舗の場合は店長や地域のエリアマネージャー等です。
 - 1) 支店長や店長、営業所長等は自店の部下の証明は出来ませんが、ご自身の証明はできません。
 - 2) 支店長や店長、営業所長は他店や他の営業所の証明は出来ません。
 - 3) 事業主（経営者）の方が受講される場合は自身で自身を証明してください。
- ③ 証明者の勤務先名称、所在地、（所属）、役職、氏名をご記入ください。
- ④ 証明者印は社印、代表者印または証明者の認印を押印ください。（日付印シャチハタ等スタンプ印は使用不可）

PDF 出力後に押印し、従事年数証明書を申込画面からアップロードもしくはご郵送ください。

※印刷後に訂正箇所ある場合は二重線の上、証明者の方の訂正印でご訂正ください。

1 記入の場合は黒のボールペン使用(鉛筆・消せるボールペン不可)
2 訂正は二重線の上に訂正印(修正テープ不可)※証明者記入欄訂正は証明者の訂正印
3 用紙は日本産業規格A4サイズ白紙(裏面も)

従事年数証明書

従事経験の内、事業所や営業所、店舗等の勤務先所在地が2箇所以上にわたる場合、
従事年数証明書は事業所や営業所、店舗毎に作成し、各々証明を受けてください。

※受講者名等

氏名: _____ ※押印必須

※受講者氏名本人自筆の場合のみ押印省略可

生年月日: _____ 年 月 日

写真: 3.0cm × 2.4cm

貼付の場合は写真の裏に氏名記入

※従事年数証明書を郵送される場合は写真を貼付してください。(写真裏面にアップロードした場合は貼付不要です。)

※従事年数証明書が複数枚の場合、写数は1枚のみ貼付。

※証明者記入欄

年 月 日 から 年 月 日 までの 年 か月間、

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該当した場合は必ず許可番号を記入してください。</p> <p>※1～6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し、複数選択可。)</p>	<p>1. 高度管理医療機器等(特定保守管理医療機器を含む) ※1 コンタクトレンズ(カラコン含む)、プログラム高度管理医療機器のみの経験は対象外です。 ※2 許可番号を必ず記入。</p> <p>高度管理医療機器販売業 許可番号: _____ 号</p> <p>(貸与業)許可証番号 _____</p> <p>2. 特定管理医療機器 (自動電子血圧計等) (特定保守管理医療機器を除く)</p> <p>3. 補聴器</p> <p>4. 家庭用電気治療器</p> <p>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)</p>
--	--

上記受講者が記入の期間・所在地において該当の医療機器の販売等の業務に従事していたことを当社の代表、もしくは当該証明書を証明する権限を有する者として証明いたします。

証明日: _____ 年 月 日

名称: _____

証明者 所在地: _____

(所属) _____

役職・氏名: _____

※事業所長、店長は他の営業所や他の店舗の証明は出来ません。また、ご自身の証明も出来ません。その場合は地域を管理されるエリアマネージャーや本部の証明を受けてください。

※押印必須
社印、代表者印
または認印
(日付印等スタンプ印は不可)

※事業所長、店長は他の営業所や他の店舗の証明は出来ません。また、ご自身の証明も出来ません。その場合は地域を管理されるエリアマネージャーや本部の証明を受けてください。

*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。(R7-ver1)