医療機器販売業・貸与業営業所管理者　基礎講習　＜従事年数証明書＞

Chankusフォーラム　様式2

◆注意事項

※従事経験は、複数の事業所での従事経験を通算した期間でも構いませんが、
証明書は営業所ごとに作成し証明を受けてください。
※許可・届出済みでない事業所や許可・届出済みでない期間は、従事経験として認められません。
※従事経験の証明者は、必ず、従事された企業の代表者もしくはそれに準ずる役職の方としてください。
本人が事業主の場合は本人の証明となります。
※虚偽の証明内容により受講された場合は、講習の修了を取り消しさせていただきます。
※証明者印は、社印、代表者印、証明者印。（データ印、シャチハタ等は使用不可）
※証明者印を押印の後、PDF形式による提出をお願いします。

◆受講者情報

氏名：

フリガナ：

生年月日（西暦）：

◆従事年数証明

会社名：

営業所名等：

所在地：

該当する項目に ☑ を入れてください。

扱っていた医療機器を選択（複数選択可）	☐	1）高度管理医療機器等（特定保守管理医療機器含む） ※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： ※必ず許可番号をご記載ください。ご記載のない場合は受付いたしかねます。
	☐	2）特定管理医療機器（補聴器・家庭用電気治療器を除く）
	☐	3）補聴器
	☐	4）家庭用電気治療器
	☐	5）その他の医療機器（家庭用管理医療機器・一般医療機器）

従事した期間（西暦）	開始：	年	月
	終了：	年	月
	従事期間：	年	ヶ月

※プログラム高度管理医療機器、プログラム特定管理医療機器の営業所管理者資格を
お申し込みの場合は、従事年数証明書（※様式2）は必要ありません。

◆証明者

証明日：

会社名：

所在地：

証明者役職：

証明者氏名：　　印

※ご記載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いたしません。