**従事年数証明書**

住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （生年月日　　年　　月　　日）

上記の者は、

　　年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日までの　　　年　　ヶ月の間、

（医療機器（用具）・医薬品・再生医療等製品）の（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。

許可を受けた製造所、営業所又は事務所

所　　在　　地　：

名　　　　　称　：

許　可　番　号　：

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名：