**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）の製造に関する業務に従事したことを証明します。

登録（許可）を受けた製造所

所　　　在　　　地　：

名　　　　　　　称　：

登録（許　可）番号　：

令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名：