

従 事 年 数 証 明 書

住 所 東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇

氏 名 〇〇 〇〇

(生年月日 年 月 日)

上記の者は、

令和〇年〇月〇日から 令和〇年〇月〇日までの 〇年 〇ヶ月の間、

(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。

実際に従事していた業務に〇を付けてください。

許可を受けた製造所、営業所又は事務所

所 在 地 : 東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇 □□ビル

名 称 : 株式会社△△

許 可 番 号 : 13B1X99999

許可証どおりに記載してください。

令和 年 月 日

登記事項証明書どおりに記載してください。

住 所 : 東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇

氏 名 : 株式会社△△

代表取締役 〇〇 〇〇

複数社の従事経験を合算する場合は、会社ごとに証明が必要です。