

# 従 事 年 数 証 明 書

## (生物由来製造管理者用)

住 所

氏 名

(生年月日 年 月 日)

上記の者は、

年 月から 年 月までの 年 月の間、

勤務先所在地 :

勤務先名称 :

において、\*生物由来製品（医療機器・医薬品）等の製造等に関する業務に従事したことを証明します。

職 務 内 容 : 製造 開発 設計 その他 ( )

\*生物由来製品等の販売名、承認番号、承認年月日 :

薬事法上の業態について記入してください。

所 在 地 :	
名 称 :	
勤 務 区 分 :	医療用具輸入販売業 第 種医療機器製造販売業 医薬品製造業
	医療機器(用具)製造業 医薬品輸入販売業 第 種医薬品製造販売業
許 可 番 号 :	

令和 年 月 日

住 所 : (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏 名 : (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

代表取締役 印

\* 生物由来製品等 : 生物由来製品若しくはそれと同等の保健衛生上の注意を要する医薬品、医療機器等