

従 事 年 数 証 明 書

住所

氏名

上記の者が次の業務に従事したことを証明します。

令和 年 月 日

雇用者住所

(法人にあつては、
主たる事務所の
所在地)

雇用者氏名

(法人にあつては、
名称及び代表者
氏名)

記

① 業務従事期間	年 月から 年 月までの 年 ヶ月の間
② 業務内容	業務従事期間内に行われた業務に該当する□のいずれかにレを記入すること <input type="checkbox"/> 再生医療等製品の販売又は授与に関する業務（生物由来製品の販売又は授与に関する業務を含む） <input type="checkbox"/> 医薬品、医療機器、再生医療等製品の品質管理又は製造販売後安全管理に関する業務 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品又はそれらと同等の保健衛生上の注意を要する医薬品、医療機器等の製造等に関する業務
③ 業務従事場所 （許可を受けた営業所、事務所又は製造所）	名称： 所在地： 業務の種別： 許可番号： 許可の期間：平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで

(注意)

- ・複数の従事場所で従事していた場合は、それぞれの従事場所ごとに作成してください。
- ・従事期間中は、従事場所が許可を有している必要があります。申請（届出）時に、所管の保健所等に許可状況の照会を行いますので正確に記載してください。（従事期間の許可証のコピー等があれば添付してください。）