

## 従 事 年 数 証 明 書

住 所

氏 名

従事した事業所の所在地

従事した事業所の名称

従事した事業所の業態の種類 （※ 該当するものを○で囲んで下さい。）

医薬品 ・ 医薬部外品 ・ 化粧品 ・ 医療機器 ・ 医療用ガス類

従事した事業所の許可番号

及び許可年月日

上記の者は、 年 月 日から 年 月 日までの 年 ヶ月の間、  
（品質管理 ・ 製造販売後安全管理 ※該当するものを○で囲んで下さい。）に関する業務に従事  
したことを証明します。

平成 年 月 日

住 所

〔法人の場合は、主たる  
事務所の所在地〕

氏 名

〔法人の場合は、法人名  
及び代表者氏名〕

印