

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
医薬品・医薬部外品・化粧品・
医療機器・体外診断用医薬品 ㊦

従事した事業所の許可（登録）番号

従事した事業所の許可（登録）年月日

上記の者は、 年 月 日から 年 月 日までの 年 ヶ月の間、
（ 医薬品 ・ 医薬部外品 ・ 化粧品 ・ 医療機器 ・ 体外診断用医薬品 ㊦ ）の
（ 製造販売業 ・ 製造業 ㊦ ）の許可を受けている上記事業所において、
（ 品質管理 ・ 製造販売後安全管理 ・ 製造 ㊦ ）に関する業務に従事したことを証明
します。

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）

㊦：該当するものを○で囲んでください。