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。