

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 ^{㊟ 1}

従事した事業所の許可番号

従事した事業所の許可年月日

上記の者は、平成・昭和 年 月 日から平成・昭和 年 月 日
までの 年 ヶ月の間、(品質管理 ・ 製造販売後安全管理 ^{㊟ 2}) 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)

㊟

㊟ 1: 該当する業態の種類を○で囲んでください。 ㊟ 2: 該当する業務を○印で囲んでください。