

従事年数証明書

住 所

氏 名

従事した製造所の名称：

従事した製造所の所在地：

従事した製造所の業態の種類：

従事した製造所の許可番号：

上記の者は、上記の製造所で令和・平成・昭和 年 月 日から令和・平成・昭和 年 月 日までの 年 ヶ月の間、※1に関する業務に従事したことを証明します。

令和 年 月 日

住 所

証明する法人の主たる事務所の所在地
(本社) 及び法人名及び代表者氏名、
代表者印※2

氏 名

担当者氏名※2：

連絡先※2：

※1

医薬品：医薬品の製造に関する実務

医薬部外品：医薬品又は医薬部外品の製造に関する実務

化粧品：医薬品又は化粧品の製造に関する実務

医療機器：医療機器の製造に関する実務

※2：代表者印を押印しない場合は、証明する法人の担当者氏名及び連絡先を記入してください。