

従 事 年 数 証 明 書

住所

氏名

(生年月日 年 月 日)

上記の者は、

年 月 から 年 月までの 年 月の間、

所在地：

名 称：

において、

(医薬品・医薬部外品・化粧品・医療機器)の(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。

許可を受けた製造者又は営業所

所 在 地：

名 称：

許可の種類：

許可番号：

年 月 日

住所

氏名