

従事経験年数証明書

住 所 _____

氏 名 _____

上記の者は、下記のとおり

1.

1.	〔	医薬品	〕の	〔	品質管理	〕に関する業務に3年以上
		医療機器			製造販売後安全管理	
		再生医療等製品				

2. 医療機器 の 製造 に関する業務に3年以上
従事したことを証明します。

記

1. 勤 務 場 所 名 称

所 在 地

許 可 (登 録) 番 号

許 可 (登 録) 年 月 日

2. 勤 務 期 間 年 月 から 年 月 まで (年 か 月)

令 和 年 月 日

住 所 〔 法人にあっては、主
たる事務所の所在地 〕

氏 名 〔 法人にあっては、名称及
び代表者の氏名 〕

(宛先)

高 槻 市 長