【総括製造販売責任者用】

**従事年数証明書**

住　所

氏　名

勤務先　所在地

　　　　　勤務先　名　称

　　　　　勤務先の業態の種類　　　　□□□（　製造販売業　・　製造業　）

許可番号

許可年月日

上記の者は、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、当該事業所において

（　医薬品　・　医療機器　・　医薬部外品　・　化粧品　・　再生医療等製品　）の

（　品質管理　・　製造販売後安全管理 ※該当する業務のいずれかを○印で囲んでください。）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