【医療機器責任技術者用】

**従事年数証明書**

住　所

氏　名

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、当社において医療機器の修理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