従 事 年 数 証 明 書

住 所

氏 名

勤務先 所在地

名 称

上記の者は、

年　　月から　　　年　　月までの　　年　ヶ月の間、

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。

業態の区分：

所 在 地：

名 称：

許 可 番 号：

年　　月　　日

住 所

氏 名