

従 事 証 明 書

氏 名

生年月日

住 所

製造所（事業所）の名称

製造所（事業所）の所在地

許可（登録）番号

上記の者が 年 月 日から 年 月 日までの間、上記製造

所（事業所）において、医薬品・医薬部外品・化粧品・医療機器の製造（修理）
の実務に従事していたことを証明いたします。

年 月 日

法人の住所

法人の名称