

従 事 証 明 書

氏 名

生年月日

住 所

製造所の名称

製造所の所在地

許可（登録）番号

上記の者が 年 月 日から 年 月 日までの間（年 カ月）、上記製造所において、医薬品・医薬部外品・化粧品・医療機器の製造に関する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

従 事 証 明 書

氏 名

生年月日

住 所

事業所の名称

事業所の所在地

許可番号

上記の者が 年 月 日から 年 月 日までの間（年 カ月）、上記事業所において、医薬品・医薬部外品・化粧品・医療機器・再生医療等製品の品質管理又は製造販売後安全管理に関する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