# **様式第9号「従事年数証明書」**

|  |
| --- |
| 従事年数証明書　住　所：　氏　名：　上記の者は、　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで　　　年以上にわたり、次の営業所において医療機器の販売の実務に従事していたことを証明する。記１　名　称：２　所在地：　　年　　月　　日住　所：氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、名称及び代表者の氏名） |

（日本産業規格Ａ４）

備考

上記内容を満たす既存資料等に代える場合にあっては、当該資料を添付すること