従事年数証明書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

上記の者は、　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日までの　　年　　ヶ月の間、（医薬品・医薬部外品・化粧品）の（品質管理・製造販売後安全管理・製造）に関する業務に従事したことを証明します。

許可を受けた製造所、営業所又は事務所

　　名称：

　　所在地：

　　許可番号：

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表取締役