令和○○年○○月○○日

従事証明書

　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表取締役

下記の者は、○○年○○月○○日から○○年○○月○○日までの××年×か月間、*製造販売業者名*（許可番号　　　　　　）において、（医 薬 品 ・ 医療機器）の （製 造 ・ 品質管理 ・ 製造販売後安全管理）に関する業務に従事していたことを証明します。

記

　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　氏名