**雇用証書**

　私どもは下記事項を条件として雇用関係にあることを証します。

　 　　　年　　　月　　　日

雇　用　者　：　住　所

　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　代表取締役

被　用　者　：　住　所

　　　　　　　　氏　名

記

１　業　　　　　務　：　（医療機器責任技術者・体外診断用医薬品製造管理者）

２　勤　務　時　間　：午前　　　時　　　分　から　午後　　　時　　　分　まで

３　休　　　　　日　：

従事証明書

住　　　所

氏　　　名

　　（生年月日　　　　年　　　月　　　日）

上記の者は、　　年　　　月　　日から　　　年　　　月　　日までの　　年　　箇月の間、（医療機器・体外診断用医薬品）の製造に関する業務に従事したことを証明します。

勤務先所在地

勤務先名称

勤務先区分：医療機器製造業

　　　　　　体外診断用医薬品製造業

登録番号

　　　年　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表取締役