



(注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 営業所の構造設備の概要欄にその記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 4 管理者の資格欄には、法第 40 条の 6 の規定により再生医療等製品の販売を実地に管理する者が第 196 条の 4 各号のいずれに該当するかを記載すること。
- 5 兼営事業の種類欄には、当該営業所において再生医療等製品の販売業以外の業務を併せて行うときはその業務の種類を記載し、ないときは「なし」と記載すること。
- 6 申請者の欠格条項の(1)欄から(7)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、あるときは、(1)欄及び(2)欄にあつてはその理由及び年月日を、(3)欄にあつてはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた場合はその年月日を、(4)欄にあつてはその違反の事実及び違反した年月日を記載すること。また、(6)欄に該当するおそれがある者については、同欄に「別紙のとおり」と記載し、当該申請者に係る精神の機能の障害に関する医師の診断書を添付すること。

## 管 理 者 雇 用 （ 勤 務 ） 証 明 書

管 理 者 氏 名

管理する営業所名

上記の者は、以下の条件により再生医療等製品販売業の営業所の管理者としての業務を行う。

1 勤務時間 午前 時 分から午後 時 分まで

2 休 日

3 そ の 他

管理する営業所の営業時間、定休日

営業時間 午前 時 分から午後 時 分まで

定休日

以上について、相違ないことを証明します。

年 月 日

管 理 者 の 住 所

管 理 者 の 氏 名

〒

申 請 者 の 住 所

申 請 者 の 氏 名

再生医療等製品販売業実務経験従事証明書

住所

氏名

( 年 月 日生)

上記の者は、本営業所においての再生医療等製品の販売又は授与に関する実務（生物由来製品の販売又は授与に関する実務を含む）に下記のとおり従事したことを証明します。

記

従事した営業所の名称、 所在地及び許可番号	従 事 期 間	雇 用 者 証 明 欄 (雇用者住所、氏名)
	自 年 月 日 至 年 月 日	
	自 年 月 日 至 年 月 日	
	自 年 月 日 至 年 月 日	
	自 年 月 日 至 年 月 日	