

医療機器販売及び貸与営業所管理者講習
修了証再発行申込書

ふりがな			
氏名			
本籍	都道府県	生年月日	S H 年 月 日
※ 修了区分	1.高度管理医療機器 3.指定視力補正用レンズ等(コンタクトレンズ) 5.平成17年度以前の講習会修了者		2.特定管理医療機器 4.プログラム高度管理医療機器
登録番号	第	号	
※ 理由	1.記載事項の変更のため 2.破損、汚損又は紛失のため 3.その他 ()		
振込金額	円	手数料振込年月日	平成 年 月 日
振込依頼者名			
通信欄			

注)※欄は該当する番号を○で囲むこと

上記により、販売及び貸与営業所管理者講習修了証の再発行を申し込みます。

平成 年 月 日

〒

勤務先住所

勤務先名等

申込者氏名

印

電話番号

FAX番号

公益財団法人医療機器センター 理事長 殿

- 注意
1. 申込者は、修了者に限るものとする。
 2. 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。
 3. 「修了区分」及び「理由」欄は、該当するものを○で囲むこと。
 4. 手数料振込金領収書のコピーを裏面に貼付すること。
 5. 修了証を紛失した場合を除き、修了証原本を添付すること。
 6. 修了証を紛失し、登録番号が不明な場合は、登録番号欄は空欄とする。
 7. 講習会修了時と勤務先等に変更があった場合等、連絡事項は通信欄に追記すること。

記入例医療機器販売及び貸与営業所管理者講習
修了証再発行申込書

ふりがな	ぶんきょう たろう		
氏名	文京 太郎		
本籍	東京	都道府県	生年月日
		東京都	S H 40年 1月 1日
※ 修了区分	1. 高度管理医療機器 2. 特定管理医療機器 3. 指定視力補正用レンズ等(コンタクトレンズ) 4. プログラム高度管理医療機器 5. 平成17年度以前の講習会修了者		
登録番号	第	00001	号
※ 理由	1. 記載事項の変更のため 2. 破損、汚損又は紛失のため 3. その他 ()		
振込金額	5,000	円	手数料振込年月日
			平成27年 4月 1日
振込依頼者名	文京 太郎		
通信欄	本籍地を変更しています。		

注)※欄は該当する番号を○で囲むこと

上記により、販売及び貸与営業所管理者講習修了証の再発行を申し込みます。

平成 27 年 4 月 1 日

申込書を作成した日付を記入すること

〒113-0033

勤務先住所 **東京都文京区本郷3丁目 42-6 NKDビル7F**勤務先名等 **医療機器 株式会社**申込者氏名 **文京 太郎**電話番号 **03-3813-8156**FAX番号 **03-3813-8733****ここに記入されている住所に再発行した修了証を送付いたします。また氏名は講習会を修了した本人のものであること****印もれ注意**

公益財団法人医療機器センター 理事長 殿

- 注意
1. 申込者は、修了者に限るものとする。
 2. 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。
 3. 「修了区分」及び「理由」欄は、該当するものを○で囲むこと。
 4. 手数料振込金領収書のコピーを裏面に貼付すること。
 5. 修了証を紛失した場合を除き、修了証原本を添付すること。
 6. 修了証を紛失し、登録番号が不明な場合は、登録番号欄は空欄とする。
 7. 講習会修了時と勤務先等に変更があった場合等、連絡事項は通信欄に追記すること。