

医療機器販売及び貸与営業所管理者講習 修了証明書発行申込書

ふりがな					
氏名					
本籍	都道府県	生年月日	S H	年 月 日	
住所 (自宅現住所)	〒 ー ー ー ー ー 都道府県 (連絡先TEL) ー ー				
※ 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 ー ー ー ー 号				
※ 理由	1. 医療機器販売業の届出または許可の申請のため 2. 医療機器貸与業の届出または許可の申請のため 3. 管理者に関する変更の届出のため 4. その他 (ー ー ー ー)				
証明書申込件数	件	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明書の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

電話番号

印

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。修了証明書の送付先は勤務先となります。
 2. 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
 3. 「理由」欄は、該当する番号を○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. 修了証のコピーを添付すること。(修了証を紛失した場合は通信欄にその旨追記すること。)
 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こと。
 7. 講習会修了時と勤務先、住所地、本籍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
修了証明書発行申込書

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	S H	40 年 1 月 1 日
住所 (自宅現住所)	〒 113 - 0033 東京 文京区本郷 3丁目32-6 医療マンション102号室 (連絡先TEL) 03 - 3813 - 8571				
※ 修了区分	<input checked="" type="radio"/> 1. 高度管理医療機器 <input type="radio"/> 2. 特定管理医療機器 <input type="radio"/> 3. 指定視力補正用レンズ等(コンタクトレンズ) <input type="radio"/> 4. プログラム高度管理医療機器 <input type="radio"/> 5. 平成17年度以前の講習会修了者				
登録番号	第 00001 号				
※ 理由	<input checked="" type="radio"/> 1. 医療機器販売業の届出または許可の申請のため <input type="radio"/> 2. 医療機器貸与業の届出または許可の申請のため <input type="radio"/> 3. 管理者に関する変更の届出のため <input type="radio"/> 4. その他 ()				
証明書申込件数	1 件	振込金額	3,000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。				

受講した区分に○。平成17年度以前に受講された方は「5」に○。

紛失等の理由により不明な場合は未記入で

振込依頼者名を記入すること

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明書の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

ここに記入されている住所に発行した証明書を送付いたします。また氏名は講習会を修了した本人のものであること

勤務先住所 東京都文京区本郷3-42-6 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

東京印

印もれ注意

FAX番号 03-3813-8733

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。修了証明書の送付先は勤務先となります。

2. 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

3. 「理由」欄は、該当する番号を○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. 修了証のコピーを添付すること。(修了証を紛失した場合は通信欄にその旨追記すること。)

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こと。

7. 講習会修了時と勤務先、住所地、本籍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。