

医療機器製造業責任技術者講習修了証明書発行申込書

ふりがな				生年月日	S H	年	月	日
氏名				登録番号	製第	号*		
本籍	都道府県							
理由	1. 医療機器製造業許可の申請のため 2. 責任技術者に関する変更の届出のため 3. その他()							
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								

上記により、医療機器製造業責任技術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

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 とすること。
 3. 「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

様式第2

医療機器製造業責任技術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	生年月日	40 年 1 月 1 日
氏名	文京 太郎		
本籍	東京 都道府県	登録番号	製第 00001 号*
理由	① 医療機器製造業許可の申請のため 2. 責任技術者に関する変更の届出のため ③ その他(紛失の為)		
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。		

上記により、医療機器製造業責任技術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

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

〒113-0033

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

氏名 文京 太郎

電話番号 03-3813-8156



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。
 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。