

## 医療機器等総括製造販売責任者講習修了証再発行申込書

ふりがな			生年月日	S H	年	月	日
氏名							
本籍	都道府県	登録番号	製販総第	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							

上記により、医療機器等総括製造販売責任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

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**

医療機器等総括製造販売責任者講習修了証再発行申込書

ふりがな	ぶんきょう たろう		生年月日	④ H 40 年 1 月 1 日
氏 名	文京 太郎		登録番号	製販総第 00001 号*
本 籍	東京	④ 都道府県		
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 ← 振込依頼者名を記入すること			
通 信 欄	本籍地を変更しています。			

上記により、医療機器等総括製造販売責任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

ここに記入されている住所に再発行した修了証は発送します。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7階

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

④  
文京 印

FAX番号 03-3813-8733

**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。