

医療機器修理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	第	号*		
本籍	都道府県			登録番号	第	号*		
区分	1. 基礎講習 2. 専門講習 第1区分 画像診断システム関連 第2区分 生体現象計測・監視システム関連 第3区分 治療用・施設用機器関連 第4区分 人工臓器関連 第5区分 光学機器関連 第6区分 理学療法用機器関連 第7区分 歯科用機器関連 第8区分 検体検査用機器関連							
理由	1. 医療機器修理業許可の申請のため 2. 医療機器修理業許可の修理区分変更又は追加申請のため 3. 医療機器修理責任技術者に関する変更の届出のため 4. 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、医療機器修理責任技術者 基礎 講習修了証明書の発行を申し込みます。
 専 門

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

医療機器修理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	第 00001 号*
区分	1. 基礎講習 2. 専門講習 第1区分 画像診断システム関連 第2区分 生体現象計測・監視システム関連 第3区分 治療用・施設用機器関連 第4区分 人工臓器関連 第5区分 光学機器関連 第6区分 理学療法用機器関連 第7区分 歯科用機器関連 第8区分 検体検査用機器関連		
理由	1. 医療機器修理業許可の申請のため 2. 医療機器修理業許可の修理区分変更又は追加申請のため 3. 医療機器修理責任技術者に関する変更の届出のため 4. その他(複数区分であっても一枚の書式に記載となるため、一律3,000円)		
証明書申込件数	1 件	振込金額	3,000円
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、医療機器修理責任技術者 **基礎** **専門** 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

FAX番号 03-3813-8733

文京 印

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. 「理由」欄は、該当するものを○で囲む。
 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。
 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。