

見本

別紙様式(見本)

平成18年度までの修了者の方はこちらです。

平成××年××月××日

医機修発第×××××号

修了証明書

登録番号 第×××××号

本籍 ○○県

氏名 ○○ ○○

生年月日 ××年××月××日

上記の者は薬事法施行規則第85条第3項第3号に規定する講習等を行う者の登録等に関する省令第1条第1項の規定に基づく厚生労働大臣の登録を受けた医療機器修理業責任技術者講習を下記のとおり修了したことを証明する。

記

区分	修了証発行年月日
基礎講習	平成○年○月○日
専門講習 第○区分 ○○○○○○○○関連 第○区分 ○○○○○○○○関連 以下余白	平成○年○月○日 平成○年○月○日

公益財団法人 医療機器センター
理事長 菊地 眞

見本

別紙様式(見本)

平成 19 年度以降の修了者の方はこちらです。

平成××年××月××日

医機修発第×××××号

修了証明書

登録番号 第 ××××× 号

住所地 ○○県

氏名 ○○ ○○

生年月日 ××年××月××日生

上記の者は薬事法施行規則第85条第3項第3号に規定する講習等を行う者の登録等に関する省令第1条第1項の規定に基づく厚生労働大臣の登録を受けた医療機器修理業責任技術者講習を下記のとおり修了したことを証明する。

記

区分	講習実施年月日	修了証発行年月日
基礎講習	平成○○年○○月○○日	平成○○年○○月○○日
	〔従事期間〕 例)平成 15 年 4 月～平成 18 年 5 月(3 年 2 ヶ月)	
専門講習		
第○区分 ○○○○○関連	平成○○年○○月○○日	平成○○年○○月○○日
第○区分 ○○○○○関連	平成○○年○○月○○日	平成○○年○○月○○日
以下余白		

公益財団法人 医療機器センター
理事長 菊地 眞

見本

別紙様式(見本)

平成 27 年度以降の修了者の方はこちらです。

平成××年××月××日

医機修発第×××××号

修了証明書

登録番号 第 ××××× 号

住所地 ○○県

氏名 ○○ ○○

生年月日 ××年××月××日生

上記の者は医薬品医療機器等法施行規則第 114 条の 49 第 1 項第 3 号に規定する講習等を行う者の登録等に関する省令第 1 条第 1 項の規定に基づく厚生労働大臣の登録を受けた医療機器修理責任技術者講習を下記のとおり修了したことを証明する。

記

区分	講習実施年月日	修了証発行年月日
基礎講習	平成○○年○○月○○日	平成○○年○○月○○日
	〔従事期間〕 例)平成 15 年 4 月～平成 18 年 5 月(3 年 2 ヶ月)	
専門講習		
第○区分 ○○○○○関連	平成○○年○○月○○日	平成○○年○○月○○日
第○区分 ○○○○○関連	平成○○年○○月○○日	平成○○年○○月○○日
以下余白		

公益財団法人 医療機器センター
理事長 菊地 眞