

医療機器修理責任技術者 専門講習会 申込みマニュアル

- ・セキュリティ向上のため、パスワードと認証コードを入力する2段階認証を導入しています。

当財団HPの登録講習会申込書作成フォーム【基本情報】より受講希望者の基本情報を記入し、「確認」ボタンを押します。

登録講習会申込書作成フォーム【基本情報】

申込書作成のための基本情報を登録してください。下記フォームに入力し、確認画面にお進みください。フォーム送信後、ご登録のE-Mailアドレスに、申込書作成フォームへのリンクが記載されたメッセージが送付されます。
一度登録された基本情報は変更ができませんのでご注意ください。
また「申請者氏名」及び「生年月日」は合格した際の修了証記載事項のため誤りのないように入力してください。誤りがあった場合は申込書類の再提出が必要になります。

※印＝入力必須

受講種別	医療機器修理責任技術者基礎・専門講習会		
申請者氏名※	漢字姓	/	漢字名
フリガナ※	全角カナ姓	/	全角カナ名
本人E-Mail※	お申込み者個人E-Mailを入力してください！！ 確認のため再度E-Mailを入力してください こちらに入力されたアドレスがIDとなり、合格後の修了証が発行されます！ 必ず受講者本人固有のアドレス（社用メールアドレス等）をご入力ください！ *同じアドレスから複数人の申込みいただくと合格されても修了証を発行する事ができません。 また、jaame.or.jpからのメールを受信できるように受信設定をご確認ください。 会社の担当者(書翰作成担当者など)宛にメール送付が必要な場合は、下記の「申込担当者E-mail」にご入力ください。		
申込担当者E-Mail（任意）	確認のため再度E-Mailを入力してください 申込を一括管理されている担当者にもメッセージ送付を希望の場合、入力してください。		
生年月日※	平成1(1989)	年	(月) 月 (日) 日

確認 (ステップ1/2)

なお、ここで入力いただいたメールアドレスを元に合格した際の修了証を発行します。**必ず受講者本人固有アドレスを登録してください。**
申込担当者が管理をする場合は[申込担当者E-mail]に登録してください！



登録情報をご確認の上、「送信」ボタンを押します。誤りがある場合戻って修正してください。送信ボタンを押すとメールが送信されますので、ご確認ください。メールが届いていない場合、事務局までご連絡ください。

登録講習会申込書作成フォーム【基本情報】

登録内容をご確認の上、送信してください。
一度ご登録いただいた基本情報は、後から修正ができませんのでご注意ください。

※印=入力必須

受講種別	医療機器修理責任技術者基礎・専門講習会
受講者氏名※	苗字 / 名前
フリガナ※	ミョウジ /
本人E-Mail※	メール
申込担当者E-Mail (任意)	
生年月日※	××××年×月×日

送信 (ステップ2/2)

戻る



情報は正しく送信されました。

登録されたE-Mailアドレス宛に、申込書作成フォームへのリンクが記載されたメールを送信いたしましたので、受信したメール内容をご確認のうえ、申込書を作成してください。

※現時点で講習会申込は完了しておりません。

※しばらくたっても返信メールが届かない場合は、お手数ですが事務局までお電話でご連絡ください。

※ご連絡の際は、「お問い合わせ番号」をお知らせください。

お問い合わせ番号

送信先E-Mail:

下記内容のメールを確認し、下記URLにアクセスします。

基本情報

お問い合わせ番号： 999999
氏名： 本郷 太郎
氏名フリガナ： ホンゴウ タロウ
E-Mail： ○○○○○○
生年月日： 1991/01/01

- ・ 修了証記載事項のため上記内容に誤りのある場合は必ず事務局へ修正依頼の連絡をしてください。
 - ・ 登録された情報に不備等が確認された場合、ご登録のメールアドレスにご連絡する可能性があります。
- 審査期間中は登録アドレスをご確認ください。

続けて、作成フォームURLへお進みください。
ログイン・申込方法はマニュアルをご参考ください。
※受講希望講習会によってマニュアルの種類が異なります。

本郷 太郎 様
個人ページ【ログイン】

<https://workshop.jaame.or.jp/kigyo/login.php?category=repair>

ID(お問い合わせ番号): ○○○○○○○○
パスワード: ■■■■■■

メールに記載のID・パスワードを入力し、「ログイン・2段階認証へ」ボタンを押してください。

登録講習会申込書作成フォーム【ログイン】

お問い合わせ番号、パスワードを入力し、「ログイン・2段階認証へ」のボタンをクリックしてください。

※印=入力必須

受講種別	医療機器修理責任技術者基礎・専門講習会
ID (お問い合わせ番号)	<input type="text" value="ID (お問い合わせ番号)"/>
パスワード	<input type="text" value="パスワード"/>

ログイン・2段階認証へ (ステップ1/2)

パスワードを忘れた方

※パスワードを忘れた場合、本人メールアドレスと生年月日を入力し、「送信」ボタンを押すと、パスワードが再送されます。

登録講習会申込書作成フォーム【パスワードを忘れた方】

E-Mailと生年月日を入力し、「送信」ボタンをクリックしてください。

※印=入力必須

受講種別	医療機器修理責任技術者基礎・専門講習会
E-Mail	<input type="text"/>
生年月日	<input type="text" value="お選びください"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日

送信

IDパスワードに問題がなければ、認証コードがアドレスに送信されます。

本郷 太郎 様

認証コード： ○○○○○○

Webページの認証コード入力欄に上記の数字を入力してください。

メールに記載の認証コードを入力し「送信」ボタンを押してください。

認証コード

認証コード

送信 (ステップ2/2)

戻る

※注意

認証コードの入力を間違えた場合、IDパスワードの再入力が必要です。

また、認証コードはログインごとに変更しアドレスに再送されます。
もう一度メールを確認してください。

「新規作成」を押します。

文京 太郎 様

1) 受講申込フォーム

新規作成

顔写真の送付方法を選択してください。

「Webからアップロード」するを選択した場合、「顔写真アップロード」ボタンを押してください。

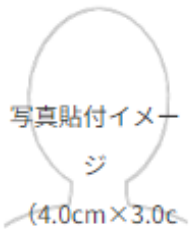
申請者氏名	本郷 太郎
フリガナ※	ホンゴウ タロウ
本人E-Mail※	<input type="text" value="メールアドレス"/>
生年月日※	平成3年 1月 1日生
顔写真送付方法選択 ※	<input checked="" type="radio"/> Webからアップロード <input type="radio"/> 書類に直接貼付け

顔写真アップロード

「ファイルを選択」ボタンを押し、写真を選択してください。
選択後、「送信」ボタンを押すとアップロード開始します。

顔写真部分に画像を配置することができます。(JPEG形式・4MB以下)

下記の顔写真例を確認し、アップロードしてください。ご使用のPCやスマートフォンによってはアップロードできない可能性があります。その場合、申込書類に直接顔写真の貼り付けも可能ですので、ご検討ください。



ファイルの選択 ファイルが選択され

送信

・アップロード成功画面

成功した場合、顔写真が表示されます。問題がなければアップロードページのタブを閉じ、受講申込フォームの入力を続けてください。

※アップロードできない場合はブラウザやデバイスを変更して再度アップロードを試みてください。それでもできない場合は書類に直接貼付けも可能です。

画像は正しくアップロードされました。

※例



ウィンドウを閉じて申込書作成トップへお戻りください。

顔写真部分に画像を配置することができます。(JPEG形式・4MB以下)

下記の顔写真例を確認し、アップロードしてください。ご使用のPCやスマートフォンによってはアップロードできない可能性があります。その場合、申込書類に直接顔写真の貼り付けも可能ですので、ご検討ください。

ファイルの選択 ファイルが選択され

送信

削除 画像回転(時計回り) 90度 | 180度 | 270度

再読込(変更後画像が変わらない場合、ページを再読込してください)

「専門講習のみ受講」を選択し、希望の申込区分を全て選択してください。

受講講習会※

基礎講習受講

専門講習受講

申込区分※

第1区分

第2区分

第3区分

第4区分

第5区分

第6区分

第7区分

第8区分



受講者区分を選択します(複数選択可)

受講者区分※

1.医療機器センター基礎講習修了者

2.医療機器センター専門講習修了者

3.他の登録講習機関での基礎講習修了者

・医療機器センターで基礎講習か専門講習の受講経験がある場合

下画像の選択肢に当てはまる場合は医療機器センターから発行された修了証登録番号の入力のみで申込が可能です。

- 受講者区分※
- 1.医療機器センター基礎講習修了者
 - 2.医療機器センター専門講習修了者
 - 3.他の登録講習機関での基礎講習修了者

OR

- 受講者区分※
- 1.医療機器センター基礎講習修了者
 - 2.医療機器センター専門講習修了者
 - 3.他の登録講習機関での基礎講習修了者

OR

- 受講者区分※
- 1.医療機器センター基礎講習修了者
 - 2.医療機器センター専門講習修了者
 - 3.他の登録講習機関での基礎講習修了者



修了証登録番号のみの入力でOK

修了証登録番号※ (受講者区分で1または2を選択した方は必須 半角数字5桁)

※登録番号参考

修了証見本



・他機関の基礎講習のみ受講の場合

下記のような選択肢に当てはまる場合は他機関から発行された
修了証の写しを提出する必要があります。

受講者区分※	<input type="checkbox"/> 1.医療機器センター基礎講習修了者 <input type="checkbox"/> 2.医療機器センター専門講習修了者 <input checked="" type="checkbox"/> 3.他の登録講習機関での基礎講習修了者
--------	---



「Webからアップロード」を選択し、「修了証PDFアップロード」ボタンを
押してください。

修了証送付方法 受講者区分で「3」のみ選 択した場合入力	<input checked="" type="radio"/> Webからアップロード <input type="radio"/> 郵送
	<input type="button" value="修了証PDFアップロード"/>



登録講習会画像送信フォーム

ウィンドウを閉じる

ファイルの選択 ファイルが選択されていません 送信

アップロード方法

1. 「ファイルの選択」 ボタンを押し、従事年数証明書のPDFデータを選択してください。
2. ファイル選択後、「送信」 ボタンを押すと、アップロードを開始します。

注意点

- **PDF形式のみ**アップロード可能です。
- ご自宅やご勤務先にスキャナーが無い場合、コンビニの複合プリンタでも証明書をスキャンしてPDFにできます(申込者負担)
プリンタの使用方法是事務局からのご説明は出来かねますのでご了承ください。
 - セブンイレブン→[スキャン方法](#)
 - ローソン→[スキャン方法](#)
 - ファミリーマート→[スキャン方法](#)
 - ミニストップ→[スキャン方法](#)

アップロードが成功した場合、ページが変更します。
「アップロードしたファイルを確認」のリンクを押し、PDFに問題がないか確認してください。問題なければアップロードページのタブを閉じ、入力が続けてください。

証明書PDFファイルを受領しました。

[アップロードしたファイルを確認](#)

[アップロードしたファイルを削除](#)

必要な項目を入力し、「確認」ボタンを押します。

勤務先 <input type="checkbox"/> 勤務先なし	
勤務先 名称 ※	法人名： <input type="text"/> (全角 英数は半角) 支店・部署名： <input type="text"/> (全角 英数は半角)
勤務先 フリガナ ※	法人名： <input type="text"/> (全角カタカナ (株)等は省略)
勤務先 郵便番号 ※ 郵便番号を入力すると番地以外の住所が自動入力されます。	〒 <input type="text"/> 例：123-4567 (半角数字、一ハイフン有り 例：113-0033)
勤務先 都道府県 ※	<input type="text"/> お選びください <input type="button" value="▼"/>
勤務先 市区町村 ※	<input type="text"/>
勤務先 番地等 ※	<input type="text"/> 例：1-28-34 (全角 英数は半角 番地が無い住所の場合「以下番地無し」と入力してください。)
勤務先 ビル・マンション名	<input type="text"/> (全角 英数は半角)
勤務先 TEL ※	<input type="text"/> 例：03-1234-5678 (半角数字 一ハイフン有り)
勤務先 FAX	<input type="text"/> 例：03-2345-6789 (半角数字 一ハイフン有り)

自宅

自宅住所 郵便番号 ※ 郵便番号を入力すると番地以外の住所が自動入力されます。	〒 <input type="text"/> 例：123-4567 (半角数字、一ハイフン有り 例：113-0033)
自宅住所 都道府県 ※	<input type="text"/> お選びください <input type="button" value="▼"/>
自宅住所 市区町村 ※	<input type="text"/>
自宅住所 番地等 ※	<input type="text"/> 例：1-28-34 (全角 英数は半角 番地が無い住所の場合「以下番地無し」と入力してください。)
自宅住所 ビル・マンション名	<input type="text"/> (全角 英数は半角)
優先する電話番号 (携帯電話番号等) ※	<input type="text"/> 例：090-111-2222 (日中連絡が取れる番号 半角数字 一ハイフン有り)
TEL 自宅/携帯	<input type="text"/> 例：03-3333-4444 (上記と異なる場合 半角数字 一ハイフン有り)
テキスト等送付先 ※	<input type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> 勤務先

確認 (ステップ1/2)

登録内容をご確認の上、「送信」ボタンを押します。

勤務先	
勤務先 名称 ※	サンプル株式会社 支店・部署名：本郷営業所
勤務先 フリガナ ※	サンプル
勤務先 郵便番号 ※	〒 113-0033
勤務先 都道府県 ※	東京都
勤務先 市区町村 ※	文京区本郷
勤務先 番地等 ※	1-1-1
勤務先 ビル・マンション名	本郷MMビル2F
勤務先 TEL ※	03-3813-1111
勤務先 FAX	03-3813-2222
自宅	
自宅住所 郵便番号 ※	〒 111-0034
自宅住所 都道府県 ※	東京都
自宅住所 市区町村 ※	台東区雷門
自宅住所 番地等 ※	222
自宅住所 ビル・マンション名	サンプルマンション
優先する電話番号 (携帯電話番号等) ※	000-111-2222
TEL 自宅/携帯	
テキスト等送付先 ※	自宅

※注意
自宅情報記入部分に勤務先など自宅以外の情報を入力すると**再提出**になる可能性があります。

送信 (ステップ2/2)

戻る

ご入力内容に間違いが無ければ「作成終了」ボタンを押してください。
**ボタンを押した後は記載内容が修正できなくなるため、
ご不安な方は『修正』ボタンから最終のご確認をお願いします。**

「作成終了・印刷」ボタンをクリックした後に修正を希望される場合は事務局まで「修正ロック解除依頼」が必要です。修正可能な画面に戻す作業は下記の時間に解除します。

書類作成に誤りのないようご注意ください。

修正ロック解除時間

10:00 / 13:00 / 17:00 / 20:00

また、基本情報（氏名、生年月日、メールアドレス）を修正希望される方は事務局まで直接お電話をお願いします。



作成終了・印刷



※修了証を郵送する場合

申請書作成トップページにある「封筒貼付用宛名用紙」リンクを開き、表紙を印刷してください。表紙を角2封筒に貼付け、修了証を入れてください。

記録に残る郵送(簡易書留、メール便等)で送付してください。

(郵送で書類を送付する場合) **郵送用宛名用紙**
※証明書をWebアップロードする場合は必要ありません!

他機関で取得した
修了証

貼り付ける

切手貼付	113-0033	
簡易書留		
東京都文京区本郷1-28-34 本郷MKビル2階 公益財団法人 医療機器センター 企業研修部 行		
《修理》		
令和3年度 医療機器修理責任技術者基礎・専門講習会 受講申込書宛在中		
フリガナ	タロウ タロウ	問い合わせ番号
氏名	文京 太郎	110034
自宅	111-0034 東京都台東区雷門222サンプルマンション	
※必ずチェックをして確認してください。(記入忘れ注意)		企業研修用紙 納付 済否
※卒業証明書(必須卒業年数を満たしていること、証明書による証明のあること)		

顔写真を郵送する場合

顔写真貼付用紙

<https://www.jaame.or.jp/workshop/R6expert-photo.pdf>

↑から用紙をダウンロードし、用紙に顔写真を貼付けてください。

医療機器修理責任技術者専門講習会 本人写真貼付用紙

問い合わせ番号	(基本情報をご登録された際に送付されているメールに記載してあります)
氏名	
会社名	(会社に所属していない方は未記入でも構いません)
連絡先電話番号	(日中に連絡が取れる番号としてください。携帯番号可)

※上記に記載漏れがある場合、不備扱いとなり受付が保留となる場合がありますのでご注意ください。

写真貼付欄

- ・(4.0cm × 3.0cm)
- ・申込み前3か月以内に撮影されたもの
- ・正面脱帽
- ・裏面に氏名記入

写真は上記黒枠に収まるように貼付してください。

以下に不備となる写真の例を記載します。

不備となった場合、受付は保留扱いとなり、再提出をいただくこととなりますのでご注意ください。



公益財団法人医療機器センター
企業研修部
TEL 03-3813-8156

1.申請書作成トップページにある「封筒貼付用宛名用紙」リンクを開き、表紙を印刷してください。表紙を角2封筒に貼付け、書類を入れてください。

2.記録に残る郵送(簡易書留、メール便等)で送付してください。

(郵送で書類を送付する場合)

郵送用宛名用紙

※証明書をWebアップロードする場合は必要ありません!

他機関で取得した
修了証

貼り付ける

切手貼付	113-0033	
簡易書留		
東京都文京区本郷1-28-34 本郷MKビル2階 公益財団法人 医療機器センター 企業研修部 行		
《修理》		
令和3年度 医療機器修理責任技術者基礎・専門講習会 受講申込書様在中		
フリガナ	タロウ タロウ	問い合わせ番号
氏名	文京 太郎	110034
自宅	111-0034 東京都台東区雷門222サンプルマンション	
※必ずチェックをして確認してください。(記入忘れ注意)		企業研修用紙 過去 現在
※学年数証明書(必須従事年数を満たしていること。証明書による証明のあること)		

※各種申込書類の内容の修正を希望される場合

下部に表示されている「修正ロック解除依頼」のボタンをクリックしてください。
お電話による解除依頼は受け付けておりません。

【お申込みのステップ】

申込作成フォームに入力しただけでは受付完了していません。

下記のフローを参考にし、申込手続きを完了してください。

従事年数証明書へ本人の署名をする。

証明者から「従事年数証明者欄」へ必要事項を入力、署名してもらう。※本人自署の場合は押印省略可能

本人署名・証明者署名完了後、書類の提出

Webアップロードの場合 → 「証明書PDFアップロード」ボタンから1部ずつアップロードできます。

直接郵送の場合 → 全ての証明書を角型2号サイズの封筒に、印刷した宛名用紙を貼付けて送付してください。送付は簡易書留・宅急便等の配達記録が残る方法で送付し、送り状をお手元に保管してください。

アップロード・郵送いただいた書類に不備がないか事務局で審査

審査OKの場合 → 3月より順次「審査結果通知書及び受講料請求書」をメールにて送付します。

書類不備の場合 → 事務局からメールか電話で不備を連絡します。

申込情報の修正を希望される場合は下部に表示されている「修正ロック解除依頼」のボタンをクリックしてください。お電話による修正ロック解除依頼は受け付けておりません。

下記の時間に解除し、メールでお知らせします。

修正ロック解除時間

10:00 / 13:00 / 17:00 / 20:00

基本情報（氏名、生年月日、メールアドレス）を修正希望される方は事務局まで直接お電話をお願いします。

現在の申込状況が審査完了になっている方で登録内容に変更・修正が生じた方はページトップのお問い合わせフォームよりお申し込みください

その他ご不明な点があれば下記までお問い合わせください。

修正ロック解除依頼