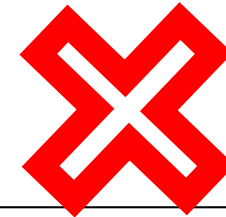
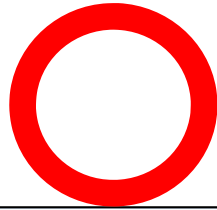


申込書類の印刷向きにご注意ください



医療機器センター専用

平成30年度 コンタクトレンズ販売営業所管理者講習会
受講申込書

(*欄は記入しないで下さい。)

写真貼付欄 3.0cm × 2.4cm 写真の裏に 氏名を記入	希望会場 (○で囲んでください)	1.東京 (6/12)	2.大阪 (6/21)	事務局使用欄 (記入しないで下さい)	*
受講申込者 氏名 (最上欄印のこと)	〒	性別	生年月日	本籍(外国国籍)	
現住所	〒	1.男 2.女	昭和 平成	年 月 日	都道府県
勤務先名 (支店名・営業所名・ 部署名を記入して ください)	〒	FAX ()	〒	携帯 TEL ()	
勤務先 所在地 (受講風景送付先)	〒	FAX			
取り扱い医療機器 (○で囲んでください) 複数選択可	1. 高度管理医療機器等(コンタクトレンズプログラムを除く) 2. 指定視力矯正用レンズ等(コンタクトレンズ) 3. 特定管理医療機器(医療機関向け管理医療機器) 4. 福祉器 5. 家庭用電気治療器 6. その他の医療機器 (※従事年数証明書と同じ医療機器を○で囲むこと)			事務局 使用欄 (記入し ないで下 さい)	* 昭和・平成 _____年 _____月 から 昭和・平成 _____年 _____月 まで _____年 _____月 閉会

公益財団法人 医療機器センター 理事長 殿
上記により、平成30年度コンタクトレンズ販売営業所管理者講習会の受講を申し込みます。平成30年 _____月 _____日(申込書記入日)

医療機器センター専用

平成30年度 コンタクトレンズ販売営業所管理者講習会
受講申込書

(*欄は記入しないで下さい。)

写真貼付欄 3.0cm × 2.4cm 写真の裏に 氏名を記入	希望会場 (○で囲んでください)	1.東京 (6/12)	2.大阪 (6/21)	事務局使用欄 (記入しないで下さい)	*
受講申込者 氏名 (最上欄印のこと)	〒	性別	生年月日	本籍(外国国籍)	
現住所	〒	1.男 2.女	昭和 平成	年 月 日	都道府県
勤務先名 (支店名・営業所名・ 部署名を記入して ください)	〒	FAX ()	〒	携帯 TEL ()	
勤務先 所在地 (受講風景送付先)	〒	FAX			
取り扱い医療機器 (○で囲んでください) 複数選択可	1. 高度管理医療機器等(コンタクトレンズプログラムを除く) 2. 指定視力矯正用レンズ等(コンタクトレンズ) 3. 特定管理医療機器(医療機関向け管理医療機器) 4. 福祉器 5. 家庭用電気治療器 6. その他の医療機器 (※従事年数証明書と同じ医療機器を○で囲むこと)			事務局 使用欄 (記入し ないで下 さい)	* 昭和・平成 _____年 _____月 から 昭和・平成 _____年 _____月 まで _____年 _____月 閉会

公益財団法人 医療機器センター 理事長 殿
上記により、平成30年度コンタクトレンズ販売営業所管理者講習会の受講を申し込みます。平成30年 _____月 _____日(申込書記入日)

申込書および従事年数証明書はプリンターの設定を
「自動縦/横」もしくは「横」に設定して印刷して下さい
A4縦方向印刷の申込書は受理できません

記入例

平成30年度 コンタクトレンズ販売営業所管理者講習会
受講申込書

(* 欄は記入しないで下さい。)

写真貼付欄
3.0cm
×
2.4cm
写真の裏に
氏名を記入

スナップ写真不可。3ヶ月以内の
正面脱帽による撮影。デジタルカメ
ラの場合、普通紙印刷不可。必ず
写真専用光沢紙に印刷すること

希望会場 (○で囲んでください)		1.東京 (6/12)	2.大阪 (6/21)	事務局使用欄 (記入しないで下さい)	事務局使用欄 記入しないで下さい。
受講申込者 氏名 (自署捺印のこと)	フリガナ ブンキョウ タロウ 文京 太郎 (旧字、外字、異体字使用の場合はわかりやすく、大きく記載して下さい)	印もれ注意 (支)印	性別 1.男 2.女	生年月日 昭和 60年 1月 1日 平成	本籍(外国国籍) 東京 都道府県
現住	〒 113 - 0033 東京 都道府県 文京区 本郷1丁目2-3 医療マンション101号 (旧字、外字、異体字の方は特に大きくはっきりと書いて下さい。)			TEL (03) 1234 - 5678 FAX (03) 1234 - 5678 携帯 TEL (090) 1234 - 5678	
勤務先名 (支店名・営業所名・部・課等も記入して下さい)	フリガナ イリョウキキ カブシキカイシャ 医療機器 株式会社		フリガナ エイギョウブ ハンバイソクシンカ 営業部 販売促進課		
勤務先所在地 (受講票等送付先)	〒 113 - 0033 東京 都道府県 文京区本郷4丁目5-6 ABC ビル 1階 TEL 03 - 1234 - 6789 FAX 03 - 1234 - 6789				郵便物が確実に届くようビル名・階数等も記入すること 申込後、変更が生じた場合は、速やかに連絡すること
取り扱い医療機器 (○で囲んでください) 複数選択可	1. 高度管理医療機器等(コンタクトレンズ・プログラムを除く) 2. 指定視力補正用レンズ等(コンタクトレンズ) 3. 特定管理医療機器(医療機関向け管理医療機器) 4. 補聴器 5. 家庭用電気治療器 6. その他の医療機器 (※従事年数証明書と同じ医療機器を○で囲むこと)		事務局 使用欄 (記入 しない で下 さい)		* 事務局使用欄 記入しないで下さい。

公益財団法人 医療機器センター 理事長 殿

上記により、平成30年度コンタクトレンズ販売営業所管理者講習会の受講を申し込みます。 平成 30 年 3 月 20 日(申込書記入日)

写真貼付欄
3.0cm
×
2.4cm
写真の裏に
氏名を記入

平成30年度 コンタクトレンズ販売営業所管理者講習会 受講申込書

(* 欄は記入しないで下さい。)

	希望会場 (○で囲んでください)	1.東京 (6/12)	2.大阪(受付終了) (6/21)	事務局使用欄 (記入しないで下さい)	*	
受講申込者 氏名 (自署捺印のこと)	フリガナ	性別	生年月日			本籍(外国国籍)
	(印)	1. 男 2. 女	昭和 平成	年	月	日
(旧字、外字、異体字使用の場合はわかりやすく、大きく記載して下さい)						
現住所	〒 _____ 都道 府県					
	TEL ()	-	FAX ()	-	携帯 TEL ()	-
勤務先名 (支店名・営業所名・ 部・課等も記入して ください)	フリガナ (会社名)	フリガナ (部署名)				
勤務先 所在地 (受講票等送付先)	〒 _____ 都道 府県					
	TEL	-	FAX	-		-
取り扱い医療機器 (○で囲んでください) 複数選択可	1. 高度管理医療機器等(コンタクトレンズ・プログラムを除く) 2. 指定視力補正用レンズ等(コンタクトレンズ) 3. 特定管理医療機器(医療機関向け管理医療機器) 4. 補聴器 5. 家庭用電気治療器 6. その他の医療機器 (※従事年数証明書と同じ医療機器を○で囲むこと)			事務局 使用欄 (記入し ないで下 さい)	* 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 から 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 まで _____ 年 _____ 箇月間	

公益財団法人 医療機器センター 理事長 殿

上記により、平成30年度コンタクトレンズ販売営業所管理者講習会の受講を申し込みます。 平成30年 _____ 月 _____ 日(申込書記入日)