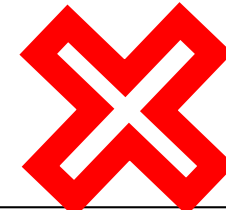
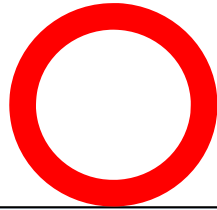


申込書類の印刷向きにご注意ください



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 (受講票等送付先)	〒	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

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 (受講票等送付先)	〒	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

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 高度管理医療機器等・特定管理医療機器販売及び貸与営業所管理者講習会
受講申込書

写真貼付欄
3.0cm
×
2.4cm
写真の裏に
氏名記入

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

取得できる修了証の資格区分が異なりますのでご注意ください！
(※実施要領「講習の目的及び受講資格」を参照ください)

(* 欄は記入しないで下さい。)

受講希望の講習区分(修了証の区分) (○で囲んでください)	<input checked="" type="radio"/> 1. 高度管理医療機器 <input type="radio"/> 2. 特定管理医療機器		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 文京印	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
	〒 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・課等も記入してください)	フリガナ イリョウキキ カブシキカイ 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	〒 113 - 0033 東京 都道府県 文京区 本郷4丁目5-6 ABC ビル 1階 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 2. 指定視力補正用レンズ等(コンタクトレンズ) <input type="checkbox"/> 3. 特定管理医療機器(医療機関向け管理医療機器) <input type="checkbox"/> 4. 補聴器 <input type="checkbox"/> 5. 家庭用電気治療器 <input type="checkbox"/> 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年度高度管理医療機器等・特定管理医療機器販売及び貸与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 30 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 高度管理医療機器等・特定管理医療機器販売及び貸与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。)

受講希望の講習区分(修了証の区分) (○で囲んでください)		1. 高度管理医療機器		2. 特定管理医療機器		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	都道 府県
(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	フリガナ					
	(会社名)	(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年度高度管理医療機器等・特定管理医療機器販売及び貸与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)