

記入例

平成29年度 医療機器修理責任技術者基礎講習会
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

事務局使用欄
(記入しないで下さい)

*

*欄は記入しないで下さい

| | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|------------------------|------------------------|--|--|----------------------|-------------------|--|------------------|---------|---------------------|--|
| 受講希望会場 (○で囲んでください) | | 1. 東京会場A (5/11~12) | | | | 2. 福岡会場 (5/17~18) | | 3. 大阪会場(5/24~25) | | 4. 東京会場 B (6/29~30) | |
| 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 | | 性別 | 生年月日 | | | 本籍(外国国籍) | | | |
| | | 文京 太郎 | | 1. 男 2. 女 | 昭和 平成 | 43 年 1 月 1 日生 | | | 東京 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 | (〒 113 - 0033) | 東京 都道府県 | | 文京 市 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 | | | フリガナ | ギョウムホンブ ギジュツサービスカ | | | | | |
| | (会社名) | 医療機器 株式会社 | | | (部署名) | 業務本部 技術サービス課 | | | | | |
| 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住所を明記すること。(ビル名・階数等) 申込後、変更が生じた場合は、速やかに連絡すること。 | | | | | | | |

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29年度医療機器修理責任技術者基礎講習会の受講を申し込みます。

平成29年 4 月 1 日(申込書記入日)

申込書を作成した日付を記入すること。

| | |
|---------------------|---------------------------|
| * 事務局使用欄(記入しないで下さい) | |
| S H | S 年 月 日~H 年 月 日(年 箇月) |