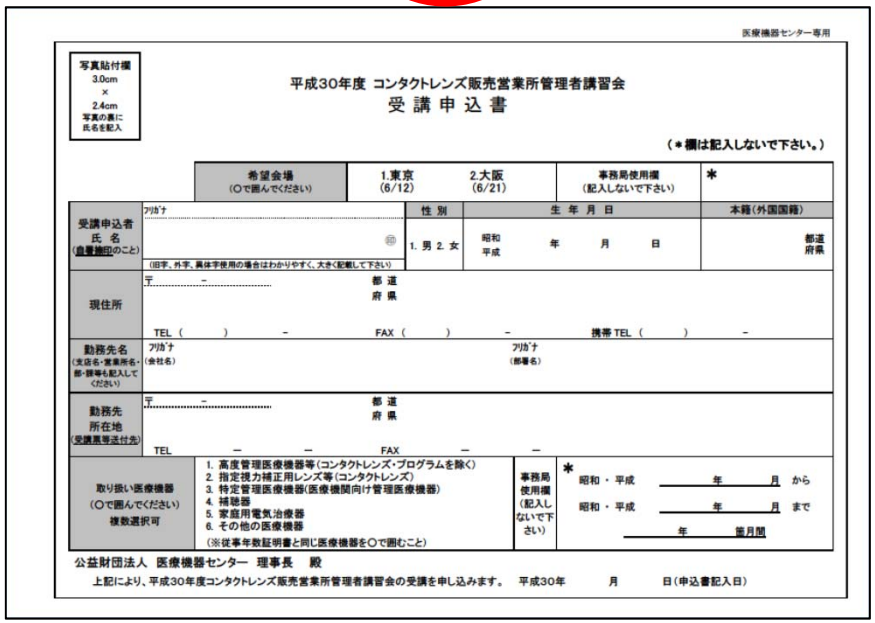
申込書類の印刷向きにご注意ください



医療機器センター専用

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

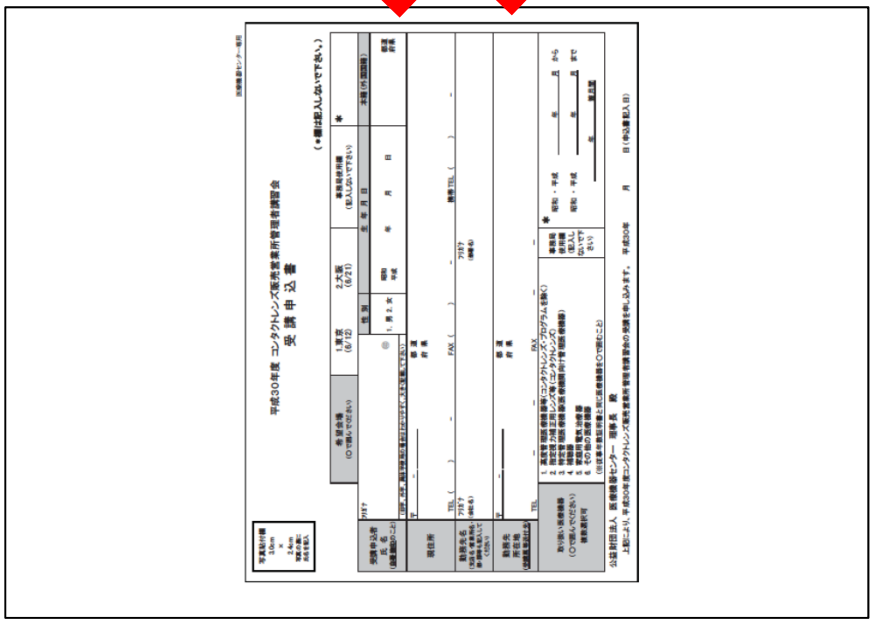
（＊欄は記入しないで下さい。）

希望会場（○で囲んでください）	1.東京 (6/12)	2.大阪 (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 ㊞ （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）	性別 1. 男 2. 女	生年月日 昭和 平成 年 月 日	本籍（外国国籍） 都道府県
現住所	〒 － 都道府県 TEL（ ） － FAX（ ） － 携帯 TEL（ ） －			
勤務先名（支店名・営業所名・部・課等も記入して下さい）	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）



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<u>受理できません</u>

医療機器センター専用

記　入　例

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

平成30年度　医療機器修理責任技術者基礎講習会
受講申込書

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（5/17～18）　2. 大阪会場（5/22～23）　3. 福岡会場（5/29～30）　4. 東京会場B（6/14～15）				
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　印（文京） （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）	性別 1. 男 2. 女	生年月日 昭和 / 平成　60 年　1 月　1 日	本籍（外国国籍） 東　京　都道府県	
現住所	（〒 113 － 0033 ）　東　京　都道府県　文　京　市郡町村　区　本郷1丁目2－3　医療マンション101号 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 （会社名）　医療機器　株式会社 フリガナ　ギョウムホンブ　ギジュツサービスカ （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				

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。

印もれ注意

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30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30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　年　月　日～S　年　月　日（　年　箇月）
H

写真貼付欄
3.0cm
×
2.4cm
写真の裏に
氏名記入

平成30年度　医療機器修理責任技術者基礎講習会
受講申込書

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（5/17～18）	2. 大阪会場（5/22～23）	3. 福岡会場（5/29～30）	4. 東京会場 B（6/14～15）

受講申込者 氏　名（自署捺印のこと）	ﾌﾘｶﾞﾅ 印 （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）	性　別 1. 男 2. 女	生　年　月　日 昭和 平成　年　月　日	本籍（外国国籍） 都道 府県
現住所	（〒　－　）　都道府県 TEL（　）　－　FAX（　）　－　携帯 TEL（　）　－			
勤務先名（支店名・営業所名・部・課等も記入して下さい）	ﾌﾘｶﾞﾅ （会社名）	ﾌﾘｶﾞﾅ （部署名）		
勤務先所在地（受講票等送付先）	（〒　－　）　都道府県 TEL（　）　－　FAX（　）　－			

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30年　　月　　日（申込書記入日）

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