

# 講習会申込方法フロー


1. 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及びメールアドレスを登録してください。

 **2019年度 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。**

※印=入力必須

<b>受講種別</b>	<b>医療機器修理責任技術者基礎講習会</b>
<b>申請者氏名※</b>	漢字姓 <input type="text"/> / 漢字名 <input type="text"/> <small>氏名に外字等、入力できない環境依存文字を含む場合、代替の文字を入力してください。 ※ <a href="#">代替の文字について</a></small>
<b>フリガナ※</b>	全角カナ姓 <input type="text"/> / 全角カナ名 <input type="text"/>
<b>E-Mail※</b>	<input type="text"/> <small>確認のため再度E-Mailを入力してください こちらに申込み確認メールが送信されますので、必ずjaame.or.jpからのメールを受信できるアドレスを入力してください</small>
<b>性別※</b>	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
<b>生年月日※</b>	お選びください▼ 年 お選びください▼ 月 お選びください▼ 日

 **2019年度 登録講習会申込書作成フォーム【基本情報】**

**受講種別** **医療機器修理責任技術者基礎講習会**

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。

**送信先E-Mail : [xxxx@jaame.or.jp](mailto:xxxx@jaame.or.jp)**

事務局連絡先  
公益財団法人医療機器センター 企業研修部  
〒113-0033  
東京都文京区本郷1-28-34 本郷MKビル2階  
TEL : 03-3813-8156 FAX : 03-3813-8733

2. 登録いただいたメールアドレスにメールを送信します。  
メールに記載されているURLより登録講習会申込書作成フォームに再度アクセスしてください。

### 3. 受講申込書作成に必要な項目の入力をしてください。



#### 2019年度 登録講習会申込書作成フォーム【個人ページトップ】

受講種別

医療機器修理責任技術者基礎講習会

下記より「1）受講申込書」を作成してください。

文京 太郎 様

1) 受講申込書

新規作成

こちらをクリック



#### 2019年度 登録講習会申込書作成フォーム【受講申込書】

##### 申込書作成トップ

下記フォームより情報を入力し、確認画面にお進みください。

※印=入力必須

受講種別	医療機器修理責任技術者基礎講習会	
申請者氏名	文京 太郎 ※氏名に外字等、入力できない環境依存文字を含む場合、印刷後、記入欄へ記入	
フリガナ※	ブンキョウ タロウ	
E-Mail※		
性別※	男性	
生年月日※	昭和60年 1月 1日生	
顔写真 講習会当日の本人確認用	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">写真貼付イメージ (4.0cm×3.0cm) 申込前3ヶ月以内 正面脱帽</div>	申込書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) スナップ写真不可。申込前3ヶ月以内に正面脱帽で撮影したものの。画質が低いなど本人確認が難しい場合は不備となります。画像を送信しない場合は印刷後に写真を貼付してください。
		<input type="button" value="参照..."/> <input type="button" value="送信"/>
希望会場※	<input type="radio"/> 大阪会場 (5/14~15) <input type="radio"/> 福岡会場 (5/23~24) <input type="radio"/> 東京会場A (5/30~31) <input type="radio"/> 東京会場B (6/26~27)	
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	〒 例: 123-4567 (半角数字、一ハイフン有り 例: 113-0033)	
勤務先 都道府県	お選びください▼	
勤務先 市区町村以下	<input type="text"/> (全角 英数は半角)	
勤務先 ビル・マンション名	<input type="text"/> (全角 英数は半角)	

4. 次に従事年数証明書を作成してください。

 **2019年度 登録講習会申込書作成フォーム【個人ページトップ】**

受講種別

**医療機器修理責任技術者基礎講習会**

下記より「2）従事年数証明書」を作成してください。

文京 太郎 様

1) 受講申込書

修正

こちらをクリック

2) 従事年数証明書

新規作成

 **2019年度 登録講習会申込書作成フォーム【従事年数証明書】**

[申込書作成トップ](#)

従事年数証明書作成：下記フォームより情報を入力し、確認画面にお進みください。

※ 作成にあたっては事前にご自身が従事していた事業所が最初に取得した業許可番号や許可年月日の情報を収集してください。

※印=入力必須

※ 印刷後、従事年数証明書には証明者の証明・押印が必要となります。

受講種別

**医療機器修理責任技術者基礎講習会・従事年数証明書**

従事期間※

従事開始：  年  月  日 から

従事終了：  年  月  日 まで

上記期間が見込みの場合：  見込み

※ [従事期間の見込みについて](#)

※ [従事期間の考え方について](#)

休職期間

(上記期間で休職期間がある場合)

休職開始：  年  月  日 から

休職終了：  年  月  日 まで

従事事業所名※

従事事業所名

例：○○支店、○○営業所、本社 等

従事場所都道府県

従事事業所所在地 (市区町村以下)

証明者

証明者所在地

証明者社名

証明者役職

証明者氏名

ここは任意入力項目です。  
入力されない場合は印刷後、  
証明者に手書き、社判(ゴム印  
可)等で証明をもらってください。

業許可番号※

従事先事業所の業態 - お選びください

従事している (従事していた) 上記事業所の業許可番号 例：12345678 (半角英数)

許可年月日  年  月  日

許可の更新日ではなく、最初に許可を取得した日を入力してください。

最初に取得した業許可番号が旧形式の場合は[こちら](#)を参照してください。

5. 従事年数証明書の作成が終了したら下記の画面より「作成終了・印刷」ボタンをクリックしてください。



## 2019年度 登録講習会申込書作成フォーム【個人ページトップ】

受講種別

医療機器修理責任技術者基礎講習会

下記「作成終了・印刷」のボタンをクリックし、印刷可能にしてください。

文京 太郎 様

1) 受講申込書

修正

2) 従事年数証明書

従事年数証明書を追加作成するか、下記の作成分リスト内容を確認・修正してください。

追加作成

	従事開始日	従事終了日	休職開始日	休職終了日	従事年月
1	平成20年1月1日	平成25年1月1日			5年0ヵ月
	従事事業所名：(公財)医療機器センター				

従事期間合計：5年0箇月

下の『作成終了・印刷』ボタンをクリックすると印刷が可能となります。下部に表示される『お申込みのステップ』を参照の上、印刷した申込書類を事務局宛に送付してください。  
なお、『作成終了・印刷』ボタンをクリックした後は記載内容の修正はできません。誤りがないか必ずご確認ください。




作成終了・印刷



各申込書類をすべて作成したらこちらをクリックして完了してください。  
なお、こちらをクリックした後は入力内容の変更はできません。  
誤りがないかクリックする前に必ず確認してください。




6. 下記の画面より各申込書類を印刷してください。

 **2019年度 登録講習会申込書作成フォーム【個人ページトップ】**

受講種別 **医療機器修理責任技術者基礎講習会**

下記【お申込みのステップ】をご参照の上、申込手続きを行ってください。

文京 太郎 様


1) 受講申込書  **こちらをクリックすると開く画面を印刷してください。**

2) 従事年数証明書 **下記の従事年数証明書を印刷してください。**

	従事開始日	従事終了日	休職開始日	休職終了日	従事年月
1 	平成20年1月1日	平成25年1月1日			5年0ヵ月

従事事業所名：(公財)医療機器センター 従事期間合計：5年0箇月

**こちらをクリックすると開く画面を印刷してください。**

3) 封筒貼付用宛名用紙  **こちらをクリックすると開く画面を印刷してください。**

7. 印刷した受講申込書へ署名・捺印をしてください。  
(写真をアップロードしていない場合は写真を貼付してください。)  
従事年数証明書には証明者欄へ勤務先より証明を受けてください。

**受講申込書下部へ署名、押印を忘れずにお願いします。**

署名 \_\_\_\_\_ (印) \_\_\_\_\_ 年 月 日(申込書記入日)

本人自署の場合、押印は省略できます。

【備考】署名の際は黒色または青色のボールペンを使用してください。(鉛筆・消せるボールペンでの署名は無効)

**従事年数証明書の証明者欄の内容を入力しなかった場合は  
記入が必要です。証明印も忘れずに依頼してください。**

↑証明日の記入漏れにご注意ください

所在地

社名

証明者(役職名・氏名)

(印)

証明書の押印忘れにご注意ください。(社判可)↑

8. 登録いただいたメールアドレスにメールを送信します。  
各申込書類の再印刷の際は送信されているメールに記載の URL より個人ページにアクセスしてください。
9. 印刷した「封筒貼付用宛名用紙」を角型 2 号封筒（A 4 用紙が入るサイズの封筒）の表面に貼付してください。  
その封筒に「受講申込書」及び「従事年数証明書」を入れて、簡易書留等配達追跡ができる送付方法で事務局宛に送付してください。

申込の手続きについては以上です。