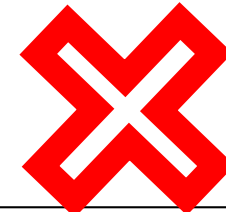
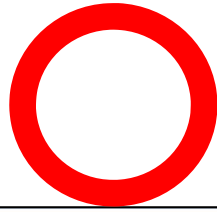


申込書類の印刷向きにご注意ください



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 ()	〒	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____日から 昭和・平成 _____年____月____日まで ____年____月____日

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 ()	〒	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____日から 昭和・平成 _____年____月____日まで ____年____月____日

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

写真貼付欄
3.0cm
×
2.4cm
写真の裏に
氏名記入

平成30年度 医療機器製造業責任技術者講習会
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・課等も記入して下 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 () -				

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年度医療機器製造業責任技術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)

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