

1 1 3 - 0 0 3 3

切手
貼付欄

簡易書留

東京都文京区本郷3-42-6 NKDビル7階
公益財団法人 医療機器センター 行



平成29年度 医療機器修理責任技術者専門講習会
受講申込書類在中

フリガナ						
氏名						
勤務先	名称					
	住所	〒 -				
受講申込区分 (チェックしてください) ※第1～3区分は、希望 会場もご確認のうえ チェックしてください	第1区分 (東京) <input type="checkbox"/>	第1区分 (大阪) <input type="checkbox"/>	第2区分 (東京) <input type="checkbox"/>	第2区分 (大阪) <input type="checkbox"/>	第3区分 (東京) <input type="checkbox"/>	第3区分 (大阪) <input type="checkbox"/>
	第4区分 <input type="checkbox"/>	第5区分 <input type="checkbox"/>	第6区分 <input type="checkbox"/>	第7区分 <input type="checkbox"/>	第8区分 <input type="checkbox"/>	

※送付書類のチェックをして確認してください。(記入もれ、印もれ注意)	
<input type="checkbox"/> 受講申込書(写真貼付)	<input type="checkbox"/> 基礎講習修了証の写し(※他機関での基礎講習修了者のみ)

過去	審査

この用紙をお手持ちの角型2号(A4サイズの書類が折らずに入る大きさ)封筒の前面に貼ってご使用ください。