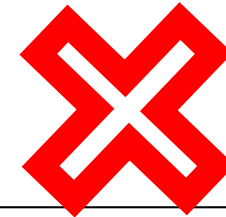
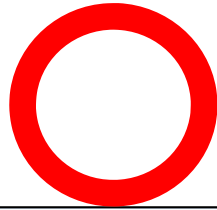


申込書類の印刷向きにご注意ください



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 ()	〒	携帯 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 から 昭和・平成 _____年 _____月 まで _____年 _____月 閉

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 ()	〒	携帯 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 から 昭和・平成 _____年 _____月 まで _____年 _____月 閉

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

記入例

平成30年度医療機器修理責任技術者専門講習会
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。

<医療機器センター修了証登録番号>

受講者区分 (該当する番号を ○で囲んでください) (※複数選択可)	1. 医療機器センター基礎講習修了者					1. 又は2. を選択した方は、右の欄に修了証登録 番号を記入して下さい					1	2	3	4	5
	2. 医療機器センター専門講習修了者					3を選択した方は修了証コピーを添付して下さい									
	3. 他の登録講習機関での基礎講習修了者														
	4. 平成30年度医療機器センター基礎講習修了見込者														
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 60年 1月 1日生					東京 都道府県					
現住所	(〒 113 - 0033) 東京 都道府県 文京 市郡町村 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 してください)	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									
	医療機器 株式会社					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 市郡町村 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ビル名・階数等も明記すること。 申込後、変更が生じた場合は、速やかに連絡すること。				
申込区分 (希望する全ての 区分を○で囲む)	第1区分 (東京)	第1区分 (大阪)	第2区分 (東京)	第2区分 (大阪)	第3区分 (東京)	第3区分 (大阪)	第4区分	第5区分	第6区分	第7区分	第8区分				
	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※				
事務局使用欄 (記入不要)	この欄には何も記入しないで下さい														

公益財団法人 医療機器センター 理事長 殿

申込書を作成した日付を記入すること。

※欄は記入しないで下さい

上記により、平成30年度医療機器修理責任技術者専門講習会の受講を申し込みます。平成 30 年 3 月 1 日(申込書記入日)

備考 1) 受講者区分について、1あるいは2に該当する方は医療機器センター修了証登録番号を記入して下さい。3あるいは4に該当する方は記入不要です。

2) 申込区分について、受講を希望する区分名を○で囲んでください。(※この申込書1枚で、複数区分の申し込みが可能です。)

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専門講習会 受講申込書

＜医療機器センター修了証登録番号＞

受講者区分 (該当する番号を ○で囲んでください) (※複数選択可)	1. 医療機器センター基礎講習修了者						1. 又は2. を選択した方は、右の欄に修了証登録 番号を記入して下さい									
	2. 医療機器センター専門講習修了者															
	3. 他の登録講習機関での基礎講習修了者						3を選択した方は修了証コピーを添付して下さい									
	4. 平成30年度医療機器センター基礎講習修了見込者															
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	日生					都道 府県			
現住所	(〒 -)			都道 府県	市区 郡町村											
	TEL () -			FAX () -	携帯 TEL () -											
勤務先名 (支店名・営業所 名・部・課等も記入 してください)	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 () -												
申込区分 (希望する全ての 区分を○で囲む)	第1区分 (東京)	第1区分 (大阪)	第2区分 (東京)	第2区分 (大阪)	第3区分 (東京)	第3区分 (大阪)	第4区分	第5区分	第6区分	第7区分	第8区分					
	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※					
事務局使用欄 (記入不要)																

※欄は記入しないで下さい

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専門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)

備考 1) 受講者区分について、1あるいは2に該当する方は医療機器センター修了証登録番号を記入してください。3あるいは4に該当する方は記入不要です。
2) 申込区分について、受講を希望する区分名を○で囲んでください。(※この申込書1枚で、複数区分の申し込みが可能です。)