

写真貼付欄
3.0cm
×
2.4cm
写真の裏に
氏名記入

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

<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29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)								
			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29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29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。)

記入例

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

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29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 平成	43	1	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									
	(会社名)	医療機器 株式会社			(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 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														

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

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29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 29 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。)