

医療機器販売及び貸与営業所管理者講習
修了証再発行申込書

ふりがな			
氏名			
本籍	都道府県	生年月日	S H 年 月 日
※ 修了区分	1.高度管理医療機器 2.特定管理医療機器 3.指定視力補正用レンズ等(コンタクトレンズ) 4.プログラム高度管理医療機器 5.平成17年度以前の講習会修了者		
登録番号	第 号		
※ 理由	1.記載事項の変更のため 2.破損、汚損又は紛失のため 3.その他 ()		
振込金額	円	手数料振込年月日	令和 年 月 日
振込依頼者名			
通信欄			

注)※欄は該当する番号を○で囲むこと

上記により、販売及び貸与営業所管理者講習修了証の再発行を申し込みます。

令和 年 月 日

〒

勤務先住所

勤務先名等

申込者氏名

印

電話番号

FAX番号

公益財団法人医療機器センター 理事長 殿

- 注意
1. 申込者は、修了者に限るものとする。
 2. 用紙の大きさは、日本産業規格A4 とすること。
 3. 「修了区分」及び「理由」欄は、該当するものを○で囲むこと。
 4. 手数料振込金領収書のコピーを裏面に貼付すること。
 5. 修了証を紛失した場合を除き、修了証原本を添付すること。
 6. 修了証を紛失し、登録番号が不明な場合は、登録番号欄は空欄とすること。
 7. 講習会修了時と氏名等に変更があった場合等、連絡事項は通信欄に追記すること。

