

医療機器販売及び貸与営業所管理者講習
修了証明書発行申込書

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明書の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
電話番号

印
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。修了証明書の送付先は勤務先となります。
 2. 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。
 3. 「理由」欄は、該当する番号を○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. 修了証のコピーを添付すること。(修了証を紛失した場合は通信欄にその旨追記すること。)
 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。

記入例

医療機器販売及び貸与営業所管理者講習
修了証明書発行申込書

ふりがな	ぶんきょう たろう		
氏名	文京 太郎		
本籍	東京	都道府県	生年月日
			S H 40年 1月 1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 00001 号	受講した講習会区分に○。 平成17年度以前に受講したのであれば「5」に○	
※ 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	5,000 円	手数料振込年月日	令和 元 年 5 月 1 日
振込依頼者名	文京 太郎	振込依頼者名を記入すること	
通信欄	本籍地を変更しています。		

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明書の発行を申し込みます。

令和 元 年 5 月 1 日

申込書を作成した日付を記入すること

送付先住所を記入すること
(自宅送付希望の場合は、勤務先名の記入は不要)
また氏名は講習会を修了した本人のものであること

〒 113-0033

勤務先住所 東京都文京区本郷1-28-34 本郷MKビル2階

勤務先名等 医療機器 株式会社

申込者氏名 文京 太郎

電話番号 03-3813-8156

文京 印

印もれ注意

FAX番号 03-3813-8733

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。修了証明書の送付先は勤務先となります。
 2. 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。
 3. 「理由」欄は、該当する番号を○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. 修了証のコピーを添付すること。(修了証を紛失した場合は通信欄にその旨追記すること。)
 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。
 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。