

医療機器製造業責任技術者講習修了証明書発行申込書

ふりがな		生年月日	S H	年	月	日
氏名						
本籍	都道府県	登録番号	製第			号*
理由	1. 医療機器製造業許可の申請のため 2. 責任技術者に関する変更の届出のため 3. その他()					
証明書申込件数	件	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						

上記により、医療機器製造業責任技術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

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. 「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

様式第2

医療機器製造業責任技術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	生年月日	40 年 1 月 1 日		
氏名	文京 太郎				
本籍	東京 都道府県	登録番号	製第 00001 号*		
理由	① 医療機器製造業許可の申請のため 2. 責任技術者に関する変更の届出のため ③ その他(紛失の為)				
証明書申込件数	1 件	振込金額	3,000 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。				

上記により、医療機器製造業責任技術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

氏名 文京 太郎

電話番号 03-3813-8156



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。
 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。