

医療機器等総括製造販売責任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	製販総第 号*			
理由	1. 医療機器製造販売業許可の申請のため 2. 総括製造販売責任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、医療機器等総括製造販売責任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

医療機器等総括製造販売責任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	製販総第 00001 号*	
理由	①. 医療機器製造販売業許可の申請のため 2. 総括製造販売責任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				
通信欄	本籍地を変更しています。				

紛失等の理由により不明な場合は未記入で

振込依頼者名を記入すること

上記により、医療機器等総括製造販売責任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。
 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。
 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。