

医療機器修理責任技術者講習修了証再発行申込書

フリガナ			
氏名		生年月日	S H 年 月 日
本籍	都道府県	登録番号	第 号*
区分	1. 基礎講習 2. 専門講習 第1区分 画像診断システム関連 第2区分 生体現象計測・監視システム関連 第3区分 治療用・施設用機器関連 第4区分 人工臓器関連 第5区分 光学機器関連 第6区分 理学療法用機器関連 第7区分 歯科用機器関連 第8区分 検体検査用機器関連		
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			

上記により、医療機器修理責任技術者 基礎専門 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

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。
 2. 用紙の大きさは、日本産業規格A4 とすること。
 3. 「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。

記入例

様式第1

医療機器修理責任技術者講習修了証再発行申込書

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	第 00001 号*	
区分	1. 基礎講習 2. 専門講習 第1区分 画像診断システム関連 第2区分 生体現象計測・監視システム関連 第3区分 治療用・施設用機器関連 第4区分 人工臓器関連 第5区分 光学機器関連 第6区分 理学療法用機器関連 第7区分 歯科用機器関連 第8区分 検体検査用機器関連			
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	10,000 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。			

修了区分が不明な場合は
問い合わせ下さい

再発行希望の講習に○

基礎 5,000 円 + 専門(第3区分)5,000 円 = 10,000 円

振込依頼者名を記入すること

上記により、医療機器修理責任技術者 **基礎** **専門** 講習修了証の再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

〒113-0033

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

勤務先住所 東京都文京区本郷1丁目28-34 本郷 MKビル 2F

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

FAX番号 03-3813-8733

印もれ注意

文京印

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. 「区分」及び「理由」欄は、該当するものを○で囲む。
 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。
 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。