

医療機器修理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	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. 医療機器修理業許可の申請のため 2. 医療機器修理業許可の修理区分変更又は追加申請のため 3. 医療機器修理責任技術者に関する変更の届出のため 4. 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、医療機器修理責任技術者 基礎 講習修了証明書の発行を申し込みます。
 専 門

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

医療機器修理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	S 40 年 1 月 1 日 H	
氏名	文京 太郎		登録番号	第 00001 号*	
本籍	東京	都道府県			
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. 医療機器修理業許可の申請のため 2. 医療機器修理業許可の修理区分変更又は追加申請のため 3. 医療機器修理責任技術者に関する変更の届出のため 4. その他(複数区分であっても一枚の書式に記載となるため、一律3,000円)				
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。				

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

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。
 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。
 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。