

医療機器の販売及び貸与営業所管理者の受講申込書

申込日 平成〇〇年〇月〇〇日

1. 黒又は青のボールペン使用
2. 訂正は二重線の上に訂正印(修正テープ不可)

〇〇〇〇機器協会 会長 殿

フリガナ・印鑑を忘れずに

- ※ 受講料のお振込控えのコピーを必ず添付してください。
- ※ 申込書に不備がある場合は、受付できませんのでご注意ください。
- ※ 必ず(様式2)と併せて(社)日本ホームヘルス機器協会宛ご送付ください。
- ※ 当協会では、コンタクトレンズの基礎講習は行っていません。

写真貼付
3.0cm
×
2.4cm
写真の裏に
氏名記入

※用紙は日本工業規格A4サイズ白紙 ※文字は楷書とし、略字・崩し字の使用はご遠慮ください。

| | | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------|-------------------------------|
| (フリガナ) 申込者氏名 | ユシマ タロウ 湯島 太郎 | 性別 | 男・女 |
| | 湯島 太郎 | 生年月日 | 大正 昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 |
| 受講票等の書類送付先 必ず下欄の現住所・会社住所とも記入してください | (ご希望の受講票等の送付先にチェックしてください。) | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 会社住所 <input type="checkbox"/> 現住所 | | |
| 自宅住所 | 〒 274-0041 千葉県 市川市 ×× 2-3-4 | | |
| 会社住所 | 〒 113-0033 東京都 文京区 ×× 1-2-3 ユシマビル 2F | | |
| 日中連絡の取れる電話番号をご記入ください。 | 直通 TEL: 03-1234-5678 (内線) | 携帯・TEL: 090-1234-5678 | |
| 医療機器販売数 | 昭和・平成 25年 1月から (4年 1ヶ月) | | |
| 医療機器の種類 | 1. 高度管理医療機器等 (2. 特定管理医療機器) 3. 補聴器 4. 家庭用電気治療器 5. 補聴器および家庭用電気治療器 | | |

現住所・会社住所の両方をご記入ください。個人経営の方は会社名の箇所に(個人経営)とご記入ください。

郵便物の配達に必要な場合は、部課名まで、担当がいる場合は担当者名までご記入ください。

日中連絡の取れる電話番号をご記入ください。

様式2の従事証明で証明された期間をご記入ください。

どの管理者資格を取得できるか確認し(別図1参照)1つに○を付けてください。

実際に販売及び貸与した医療機器に○を付けてください。(様式2と同様)

注)自動電子血圧計をお取扱いの方は、高度管理医療機器等又は、特定管理医療機器の講習を受講する必要があります。

第二希望までご記入できますが、必ず出席できる日時・場所を慎重にお選びください。

| 希望講習会 | 開催日時 | 会場コード | 会場名 |
|-------|---------------|-------|--------|
| 第一希望 | 平成 ●●年●●月 〇〇日 | 0×× | 日本〇〇会館 |
| 第二希望 | 平成 年 月 日 | | |

上記のとおり、医療機器の販売及び貸与管理者の講習を申し込みます。

*ここに記入いただいた個人情報、管理者講習関連業務以外には使用しません。

(様式1)

医療機器の販売及び貸与営業所管理者の受講申込書

- 黒又は青のボールペン使用
- 訂正は二重線の上に訂正印(修正テープ不可)

申込日 平成 年 月 日

一般社団法人 日本ホームヘルス機器協会 会長 殿

- ※ 受講料のお振込控えのコピーを必ず添付してください。
- ※ 申込書に不備がある場合は、受付できませんのでご注意ください。
- ※ 必ず(様式2)と併せて(社)日本ホームヘルス機器協会宛ご送付ください。
- ※ 当協会では、コンタクトレンズの基礎講習は行っていません。

写真貼付
3.0cm
×
2.4cm
写真の裏に
氏名記入

※用紙は日本工業規格A4サイズ白紙を使用 ※文字は楷書とし、略字・崩し字の使用はご遠慮ください。

| | | |
|--|--|---------------------------|
| (フリガナ) 申込者氏名 | 性 別 男 ・ 女 | 生 年 月 日 大正 昭和 平成 |
| 受講票等の書類送付先 (※送付先に関わらず、 自宅住所・会社住所とも 記入して下さい) | (ご希望の送付先にチェックしてください。チェックなしの場合、会社宛に送付します。) → <input type="checkbox"/> 会社住所 <input type="checkbox"/> 現住所 | |
| 自宅住所 ※(修了証記載事項の ため、必ず記入 して下さい。) | 〒 _____ | |
| 会 社 名 | | |
| 会 社 住 所 | 〒 _____ | |
| 会社電話番号 | 直通 TEL: _____ (内線) | |
| 日 中 連 絡 先 (会社以外の場合右欄にご記入ください) | 会社・携帯・その他 携帯・TEL : _____ | |
| 医療機器販売等 の従事年数及び 医療機器の種類 (様式2の従事年数証明 書で証明されたもの) | 様式2の従事年数証明書と同じものに○を付けて下さい。(複数選択可) 1. 高度管理医療機器等(特定保守管理医療機器を含む。) (※ 指定視力補正用レンズ [コンタクトレンズ] のみの経験は対象外) 2. 特定管理医療機器[自動電子血圧計等、(補聴器及び家庭用電気 治療器を除く。)] 3. 補聴器 4. 家庭用電気治療器 5. その他の医療機器(バイプレーター、アルカリイオン整水器等) | |
| 申込講習種類 (受講資格を確認し、 受講する講習 1つに ○を付けて下さい) | 1. 高度管理医療機器等 2. 特定管理医療機器 3. 補聴器 4. 家庭用電気治療器 5. 補聴器および家庭用電気治療器 | |

注) 自動電子血圧計をお取扱いの方は、高度管理医療機器等又は、特定管理医療機器の講習を受講する必要があります。

※第二希望までご記入できますが、必ず出席できる日時・場所をお選びください。

| 希望講習会 | 開催日時 | 会場コード | 会場名 |
|-------|----------|-------|-----|
| 第一希望 | 平成 年 月 日 | | |
| 第二希望 | 平成 年 月 日 | | |

上記のとおり、医療機器の販売及び貸与管理者の講習を申し込みます。

*ここに記入いただいた個人情報、管理者講習関連業務以外には使用しません。