

様式 7

医療機器の販売及び貸与管理者の継続的研修
医療機器の修理責任技術者継続的研修

修了証

再発行申込書

氏 名			
住所地	都 道 府 県		
受講番号			
理 由	1. 記載事項の変更のため（※変更事項を下記に記入） 2. 破損、汚損又は紛失のため 3. その他（ ）		
※変更事項 (変更事項の ない者は 記入不要)	修了証 種類	1. 医療機器販売・貸与営業所管理者継続的研修修了証に 変更 2. 医療機器修理責任技術者継続的研修修了証に変更 3. 医療機器販売・貸与営業所管理者及び 医療機器修理責任技術者継続的研修修了証に変更	
	その他		
備考			

上記により、継続的研修修了証の再発行を申込みます。

年 月 日

送付先住所（会社の場合は会社名・部課名もご記入ください）

〒

氏 名

印

電 話 番 号

FAX 番 号

一般団法人日本ホームヘルス機器協会 会 長 殿

- 注意
1. 申込者は、当協会研修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. 手数料振込金領収書のコピーを裏面に貼付すること（FAXの場合は、送信）

※医薬品医療機器法の改正により、受講年度で管理者等の呼称が変わっています。