

(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(実地開催・DVD 専用)

申込日 ○○年○月○○日

- 1. 黒のボールペン使用(鉛筆・消せるボールペン不可)
- 2. 入力する場合は書式を崩さず、チェックなどの記入もれがないように注意すること
- 3. 訂正は二重線の上に訂正印(修正テープ不可)

日本ホームヘルス機器協会 会長 殿

フリガナを忘れずに

写真貼付
3.0cm
×
2.4cm

写真の裏に
氏名記入

※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(一社)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。

※用紙は日本産業規格A4サイズ白紙(裏面も) ※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)	スズキ タロウ	性別	男・女
申込者氏名	鈴木 太郎	生年月日	○○年 ○○月 ○○日
講習票等の書類送付先	(ご希望の受講票等の送付先にチェックしてください。)		
	〒 274-0041	<input checked="" type="checkbox"/> 会社住所	<input type="checkbox"/> 現住所
自宅住所	千葉県 市川市 ×× 2-3-4		
勤務先	株式会社湯島タロウ電気商会 湯島営業所 営業2課		
勤務先住所	〒113-0033 東京都 文京区××1-2-3 ユシマビル 2F		
電話番号	直通 TEL: 03 - 1234- 5678 (内線)		
連絡先	会社・携帯・その他 (会社以外の場合右欄にご記入ください)	携帯・TEL : 090 - 1234 - XXXX	
メールアドレス	adbd1XXX0203@houXXXme.co.jp		
従事期間	平成 30 年 4 月から (5 年 0 ヶ月)	様式2にて証明された医療機器 <input type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> 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。)] <input checked="" type="checkbox"/> 3. 補聴器 <input type="checkbox"/> 4. 家庭用電気治療器 <input type="checkbox"/> 5. その他の医療機器(バイプレーター、アル	
申込講習種類	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・勤務先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。

通常は現在勤務している勤務先。担当者がいる場合は担当者の勤務先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。(従事を開始した一番早い年月と従事の合計期間)

どの管理者資格を取得できるか事前に確認し1つに○を付けてください。

メールアドレスご記入の方には、緊急連絡時にメールにてご連絡させていただくことがあります。

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。

※DVD の場合コードと DVD と記入

希望講習会	開催日(日程)	コード	施設名等
第一希望	●●月 ○○日	0××	日本○○会館
第二希望	月 日	0××	DVD

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。

*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。

