

(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  |   |  |
|  | 〒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)  |  |
| 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   |   |  |
| 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) | 平成 30 年 4 月から<br>(5 年 0 ヶ月)   | 様式2にて証明された医療機器<br><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。)<br>(※ 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)<br><input checked="" type="checkbox"/> 2. 特定管理医療機器[自動電子血圧計等<br>(補聴器及び家庭用電気治療器を除く。)]<br><input checked="" type="checkbox"/> 3. 補聴器<br><input type="checkbox"/> 4. 家庭用電気治療器<br><input type="checkbox"/> 5. その他の医療機器(バイプレーター、アル |  |
| 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。                | 1. 高度管理医療機器等<br>2. 特定管理医療機器<br>3. 補聴器<br>4. 家庭用電気治療器<br>5. 補聴器および家庭用電気治療器 |   | 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。<br><br>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。

(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)

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漏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)

申込日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

一般社団法人 日本ホームヘルス機器協会 会長 殿

- ※ 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。

写真貼付  
 3.0cm  
 ×  
 2.4cm  
 写真の裏に氏名  
 記入

※用紙は日本産業規格A4サイズ白紙(裏面も)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)  |   | 性 別   | 男 ・ 女  |
| ※ 申込者氏名   |   | 生年月日  | 年 月 日  |
| 受講票等の書類送付先<br><small>(※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)</small>          |   | (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。)<br><input type="checkbox"/> 会社住所 <input type="checkbox"/> 現住所 |  |
| 自宅住所<br><small>※(修了証記載事項のため、必ず記入して下さい。)</small>                       | 〒 _____   |   |  |
| 会社名   |   |   |  |
| 会社住所<br><small>※通常は受講者の現勤務先、担当がいる場合は担当者の勤務先</small>                   | 〒 _____   |   |  |
| 会社電話番号  | 直通 TEL:                      -                      -                      (内線)   |   |  |
| 日中連絡先   | 会社・携帯・その他<br><small>(会社以外の場合右欄にご記入ください)</small>   | 携帯・TEL :                      -                      -  |  |
| メールアドレス   | @   |   |  |
| ※ご記入は任意です。ご記入の方には緊急連絡時にメールでのご連絡をする場合があります。                            |   |   |  |
| 医療機器販売等の<br>従事年数及び<br>医療機器の種類<br><small>(様式2の従事年数証明書で証明されたもの)</small> | ● 従事を開始した一番早い年・月を記入   | 様式2にて証明された医療機器に <input checked="" type="checkbox"/> を付ける(複数選択可)   |  |
|   | _____ 年 _____ 月から   | <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。)<br><small>(※コンタクトレンズ のみの経験は対象外)</small> |
|   | ● 証明された合計期間   | <input type="checkbox"/>  | 2. 特定管理医療機器(自動電子血圧計等<br><small>(補聴器及び家庭用電気治療器を除く。)</small>           |
|   | 【 _____ 年 _____ ヶ月 】  | <input 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、アルカリイオン整水器等)                                     |
| 申込講習種類<br><small>受講資格を確認し、受講する講習 1つに○を付けて下さい</small>                  | 1. 高度管理医療機器等                      2. 特定管理医療機器<br>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。

※1. 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。 ※2. DVD 開催希望の場合コードとDVD と記入

| 希望講習会 | 開催日(DVDの方は開催日 記入不要) | コード | 施設名・DVD 等 |
|-------|---------------------|-----|-----------|
| 第一希望  | 月 日                 |     |           |
| 第二希望  | 月 日                 |     |           |

\*ここに記入いただいた個人情報は、管理者講習関連業務以外には使用しません。