

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

(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

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

フリガナを忘れずにご記入ください。

※ 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(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
受講票等の書類送付先 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		
会社名	株式会社湯島タロウ電気商会 湯島営業所 営業2課		
会社住所	〒 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)		
口外連絡先	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		
医療機器販売等の 従事年数 及び 医療機器の種類	様式2にて証明された医療機器		
	様式2の従事証明で証明された開始期間及び合計の従事の年数をご記入ください。		
	平成 30 年 1 月から (5 年 0 ヶ月)		
	<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(パイプレーター、アル)		
申込講習種類	1. 高度管理医療機器等 <input checked="" type="checkbox"/> 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		

修了証記載事項のため、  
申込者の自宅住所は必ず  
記入してください。

会社名・会社住所は通常は  
現在勤務している勤務先、  
担当者がある場合は担当者の  
勤務先・担当者名までご  
記入ください。  
※現在お勤めない場合、会社  
名・会社住所欄には「なし」と  
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。

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で証明されたもの)

どの管理者資格を取得  
できるか確認し1つに○  
を付けてください。

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

\*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。

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。  
第二希望なければ記入  
不要です。

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

(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 用申込書

※この用紙では e ラーニング  
講習お申込みいただけません

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

- ・実地開催・DVD 講習専用の様式です。
- ・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。

※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) ※申込者氏名		性別	男・女
		生年月日	年 月 日
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 ※通常は受講者の現勤 務先、担当者がある場 合は担当者の勤務先	〒 -		
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: - -		
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)	年 月から ( 年 ヶ月)	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)	
		<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 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 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 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。

※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		

※希望なければ記入不要

\*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。

(R7-ver1)

# 従事年数証明書 作成上の注意点

実地開催・DVD 用

1. 記入の場合は黒のボールペン使用(鉛筆・消せるボールペン不可)  
2. 訂正は二重線の上・訂正印(修正テープ不可)※証明者記入欄訂正は証明者の訂正印  
3. 用紙は日本産業規格A4サイズ白紙(裏面も)

### 従事年数証明書

従事経験の内、事業所や営業所、店舗等の勤務先所在地が2箇所以上にわたる場合、  
従事年数証明書は事業所や営業所、店舗毎に作成し、各々証明を受けてください。

※受講者名等

氏名: \_\_\_\_\_ ※押印必須  
※受講者氏名本人自筆の場合のみ押印省略可

生年月日: \_\_\_\_\_ 年 月 日

写真: 3.0cm × 2.4cm  
貼付の場合は写真の裏に氏名記入

※従事年数証明書を郵送される場合は写真を貼付してください。(写真両面をアップロードした場合は貼付不要です。)

※従事年数証明書が複数枚の場合、写真は1枚のみ貼付。

※証明者記入欄

年月日から \_\_\_\_\_ 年月日までの \_\_\_\_\_ 年 ヵ月間、

名称(会社名及び支社・営業所名等): \_\_\_\_\_

上記支社・営業所等の所在地: \_\_\_\_\_ において

1. 高度管理医療機器に該当した場合は必ず許可番号を記入し、その番号を1～5の該当する番号に☑をしてください。  
(営業所等で販売等していた医療機器を選択し、複数選択可。)

2. 高度管理医療機器等(特定保守管理医療機器を含む)  
※1. コンタクトレンズ(カラコン含む)、プログラム高度管理医療機器のみの経験は対象外です。 ※2. 許可番号を必ず記入。

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など)

上記受講者が記入の期間・所在地において該当の医療機器の販売等の業務に従事していたことを  
当社の代表、もしくは当該証明書を証明する権限を有する者として証明いたします。

証明日: 令和 \_\_\_\_\_ 年 月 日

証明者: \_\_\_\_\_  
所在地(所属): \_\_\_\_\_  
役職・氏名: \_\_\_\_\_

※営業所長、店長は他の営業所や他の店舗の証明は出来ません。また、ご自身の証明も出来ません。その場合は地域を管理されるエリアマネージャーや本部の証明を受けてください。

\*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。(R7-ver1)

## 受講者名・証明写真

- ① 受講される方のお名前を記入し、押印ください。
- ② 縦 3 cm × 横 2.4 cm の証明写真を貼付けてください。  
(証明書が複数枚ある場合は 1 枚のみ貼付)

1. 正面向きの上半身(肩から上)のもの
2. 受講申込 6 か月以内に撮影したもの
3. 無背景(人物の影、景色等他のものが写っていないもの)
4. 無帽(帽子・サングラス・マスク等を着用していないもの)

## 従事の期間・名称・所在地

- ① 従事経験のある事業所、営業所、店舗等において実際に勤務している(していた)期間をご記入ください。
- ② 現在まで継続して勤務の場合は、証明日までの期間をご記入ください。未来の日付はご記入いただけません。
- ③ 従事の期間において転勤等で営業所、店舗等所在地が異なる箇所勤務の場合、証明書は複数枚ご用意ください。
- ④ 全ての経験の証明書の作成は不要です。お申込みに必要な経験年数分の証明書をご用意ください。

## 取扱いのある医療機器

- ① 該当の事業所で取扱いのある医療機器に全て☑を入れてください。
- ② 高度管理医療機器はその営業所等の高度管理医療機器販売業(貸与業)許可証の許可番号をご記入ください。

※コンタクトレンズやプログラムの従事経験は対象外のため  
それのみの経験で高度の資格はお申込みいただけません。

## 証明日・証明者

- ① 証明書記入日をご記入ください。
- ② 証明者は代表者もしくは受講者の資格要件を証明できる所属長以上の役職者としてください。  
※所属長以上の役職者とは、部長、営業所長、店舗の場合は店長や地域のエリアマネージャー等です。
  - 1) 支店長や店長、営業所長等は自店の部下の証明は出来ませんが、ご自身の証明はできません。
  - 2) 支店長や店長、営業所長は他店や他の営業所の証明は出来ません。
  - 3) 事業主(経営者)の方が受講される場合は自身で自身を証明してください。
- ③ 証明者の勤務先名称、所在地、(所属)、役職、氏名をご記入ください。
- ④ 証明者印は社印、代表者印または証明者の認印を押印ください。(日付印シャチハタ等スタンプ印は使用不可)

※訂正箇所ある場合は二重線の上、証明者の方の訂正印でご訂正ください。

1. 記入の場合は黒のボールペン使用(鉛筆・消せるボールペン不可)
2. 訂正は二重線の上に訂正印(修正テープ不可)※証明者記入欄訂正は証明者の訂正印
3. 用紙は日本産業規格A4サイズ白紙(裏面も)

## 従事年数証明書

従事経験の内、事業所や営業所、店舗等の勤務先所在地が2箇所以上にわたる場合、  
従事年数証明書は事業所や営業所、店舗毎に作成し、各々証明を受けてください。

※受講者名等

氏名:

※押印必須



※受講者氏名本人自筆の場合のみ押印省略可

生年月日 年 月 日

写 真

3.0cm  
×  
2.4cm

貼付の場合は写真  
の裏に氏名記入

※従事年数証明書が複数枚  
の場合、写真は1枚のみ  
貼付。

※証明者記入欄

注1) 証明依頼があった場合、それを拒否することはできない。また、証明者は虚偽又は不正の証明を行ってはならない。  
(医薬品医療機器等法施行規則第15条の9) 注2) 証明者記入欄の訂正には必ず証明者の訂正印が必要。

和暦の場合は必ず元号を付けてください(S・H・Rでも可) 西暦の場合は必ず4桁を記入してください。  
現在まで継続して当該勤務地にお勤めの場合の期間は証明日までとしてください。

年 月 日から 年 月 日までの 年 カ月間、

名称(会社名及び  
支社・営業所名等): \_\_\_\_\_

上記支社・営業所等の  
所在地: \_\_\_\_\_ において

1. 高度管理医療機器に☑した  
場合は必ず許可番号を記入し  
てください

※1~5の該当する番号に  
☑をしてください。

(営業所等で販売等していた医  
療機器を選択。複数選択可。)

<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) ※1 コンタクトレンズ(カラコン含む)、プログラム高度管理医療機器 のみの経験は 対象外 です。 ※2 許可番号を必ず記入。 高度管理医療機器販売業 許可番号: _____ 号 (貸与業)許可証番号
<input 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特定管理医療機器)
<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 (パイプレーター、アルカリイオン整水器など)

上記受講者が記入の期間・所在地において該当の医療機器の販売等の業務に従事していたことを  
当社の代表、もしくは当該証明書を証明する権限を有する者として証明いたします。

証明日 令和 年 月 日

名 称

証明者 所在地

( 所 属 )

役職・氏名



※押印必須  
社印、代表者印  
または認印

(日付印等スタンプ印は不可)

※営業所長、店長は他の営業所や他の店舗の証明は出来ません。また、ご自身の証明も出来ません。その場合は地域を管轄される  
エリアマネージャーや本部の証明を受けてください。