様式５

名刺サイズ(携行用)医療機器販売･貸与（賃貸）管理者講習修了証発行申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| H17年度の修了者は 本籍地、H18年度以降の修了者は住所地 の都道府県を記入して下さい。 | 都　道　府　県 |
| 登録番号 | 第　　　　　　　　　号 |
| 理　　由 | １．携行使用の為２．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 証明書申込件数 | 　　　　　　　　　件 |
| 手数料振込年月日 | 　　　年　　　　月　　　　日 |

上記により、名刺サイズ(携行用 \*)医療機器販売･貸与（賃貸）管理者講習修了証の発行を申し込みます。

注）\*この名刺サイズ修了証はA4免状様式修了証の内容の一部を抜粋して記載したものです。
申請の手続き等にはA4免状様式修了証が必要になる場合があります。

　　　年　　月　　日

 〒

 送付先住所（会社の場合は会社名・部課名まで記載のこと）

 修了者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

 電話番号　　　　　　　　FAX番号

一般社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、一般社団法人日本ホームヘルス機器協会講習修了者に限るものとすること。

２．用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること。

３．手数料振込明細書等のコピーを裏面に貼付すること(FAXの場合は送信)

４．修了証のコピーを添付すること。