

基礎講習 申込手順(パソコン操作)

— 画面を見ながら進めてください —

この手順書は、ホームページの画面を見ながら申込み手続きを進めていただくための資料です。

【申込前に必ずご確認ください】

基礎講習のお申込みには「従事年数証明書」の提出が必要です。

- ・必要な従事年数を満たしていること
をご確認のうえ、WEB 申込へお進みください。



内容

STEP1【従事年数証明書の作成】	2
STEP2【メールアドレスの登録】	5
STEP3【メールの確認】	7
STEP4【受講方法の選択】	8
STEP5【従事年数証明書・顔写真アップロード】	11
STEP6【申込者情報の入力】	12
STEP7【Web 申込完了】	14
STEP8【受講料のお支払】	15

STEP1 【従事年数証明書作成】

基礎講習のご案内

- ☑ 令和8年度より、改ざん防止機能を備えたデジタル修了証の発行を開始します
- ☑ eラーニングは毎月10日・25日開催 一回数を大幅に増やし、お申込みしやすくなりましたー



資格取得に必要な従事年数等はあらかじめ、同ホームページ内の「7.従事年数証明書の作成・準備」の内容をご確認ください。

【基礎講習】医療機器の販売及び貸与営業所管理者講習会

はじめにご確認ください（従事経験と取得可能資格）

- ◆資格シミュレーター（ご自身の従事経験に基づき取得できる資格が表示されます）
- ◆テスト動画（eラーニングにお申込みご予約の方は事前に再生し動作をご確認ください）

- 講習の目的
- 受講資格
- 受講免除者
- 受講方法のご案内（eラーニング・会場開催）
- 日程のご案内
- 申込から受講までの流れ
- 従事年数証明書の作成・準備
- 団体でのお申込み
- 受講料
- 講習の内容（カリキュラム）
- 修了証の交付
- 変更、キャンセルについて
- お申込み方法に関するご案内（重要）
- よくあるご質問（FAQ）
- 特定商取引法に基づく表示

★これから【基礎講習】をお申込みされる方はこちら★

1.従事年数 証明書作成

資格取得に必要な年数に基づき作成

2.基礎講習 お申込手続き

お申込みはこちら
メールアドレスをご登録ください。

※本講習は継続研修ではございません

① 「1.従事年数 証明書作成」ボタンをクリック

従事年数証明書入力

◆従事年数証明書が作成できるページです◆
入力した内容がPDF形式で出力できます。
(空欄のままPDF出力するとブランクの従事年数証明書が出力されます)

全ての経験は不要です。資格取得に必要な年数の証明をご用意ください
1事業所（店舗等）で経験が満たない場合はPDF出力後に必要分を追加してください

[従事年数証明書PDF出力イメージ・作成上の注意点](#)
(必ずご確認ください)

令和7年1月22日発出の事務連絡

[「厚生労働大臣の登録を受けた者が行う講習における従事年数証明書の取り扱いについて（注意喚起）」.pdf](#)

②こちらをクリックし、作成上の注意点を事前にご確認ください。

申込者氏名・生年月日

氏名

例：湯島 太郎

※印刷後、押印してください

生年月日

年 月 日

従事している（していた）事業所

経験のある事業所毎に分けてご記入ください

従事年数証明書入力

◆従事年数証明書が作成できるページです◆
入力した内容がPDF形式で出力できます。
(空欄のままPDF出力するとブランクの従事年数証明書が出力されます)

全ての経験は不要です。資格取得に必要な年数の証明をご用意ください
1事業所（店舗等）で経験が満たない場合はPDF出力後に必要分を追加してください

従事年数証明書PDF出力イメージ・作成上の注意点 (必ずご確認ください)

令和7年1月22日発出の事務連絡

「厚生労働大臣の登録を受けた者が行う講習における従事年数証明書の取り扱いについて（注意喚起）」.pdf

申込者氏名・生年月日

氏名 例：湯島 太郎 ※印刷後、押印してください
生年月日 年 月 日

従事している（していた）事業所
経験のある事業所毎に分けてご記入ください

従事事業所名称 例：〇〇株式会社
従事事業所 支店・営業所・店舗名 例：〇〇営業所、〇〇店舗等
従事事業所 所在地 〒 都道府県 例：東京都
市区町村 例：文京区湯島4丁目
番地 例：1-11
ビル名等 例：南山堂ビル

従事者の経験

上記事業所で取扱いの医療機器に全てチェックを入れ、携わっていた期間を入力してください

経験のある医療機器 高度管理医療機器
高度管理医療機器販売業・貸与業許可証 許可番号: _____
※但しコンタクトレンズ・プログラム高度管理医療機器の経験は対象外です
販売業許可証（見本）
 特定管理医療機器
 補聴器
 家庭用電気治療器
 その他医療機器
従事期間 年 月 日～ 年 月 日
従事年数 年 月 日間

証明者欄

代表者もしくは役職のある所属長（権限を有する方）の証明が必要です。
店長・支店長の方は他の店舗・支店の証明はできません。
代表者の方はご自身で証明いただけますが、代表者以外はご自身で証明できません。
※印刷後に証明者の捺印が必要です。

証明日 年 月 日
証明者 会社名 例：〇〇株式会社
証明者 所在地 例：東京都文京区湯島〇-〇-〇
(証明者 所属) 例：〇〇部、〇〇営業所、〇〇店舗等
証明書 役職・氏名 例：代表取締役、部長、店長等 本郷 三郎

PDF出力

③ご自身の経験に基づき入力。

画面下の「PDF 出力」ボタンを押すと従事年数証明書が出力できます。

※パソコン上で入力せず、PDF 出力後に手書きで直接記入も可。

④印刷後に証明者の「認印」もしくは「社印」を押印。

従事年数証明書イメージ

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: 湯島 太郎 ※押印必須
生年月日: 2000年1月1日
※受講者氏名本人自筆の場合のみ押印者略可
※従事年数証明書を郵送される場合は写真を添付してください。(写真画像をアップロードした場合は貼付不要です。)
貼付の場合は写真の副2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
2017年1月1日から2026年1月20日までの9年 月間、
名称(会社名及び支社・営業所名等): 株式会社〇〇〇
〇〇営業所
上記支社・営業所等の所在地: 東京都文京区湯島4-1-11 において
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 許可番号を記入してください。
2. 特定管理医療機器 (自動電子血圧計、聴覚検査器(聴覚管理医療機器))
3. 補聴器
4. 家庭用電気治療器
5. その他の医療機器 (ハイプレーター、アトピー治療器、超音波治療器など)
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
証明日 令和8年02月10日
名称 株式会社〇〇〇
所在地 大阪府大阪市中央区〇-〇-〇
(所属)
役職・氏名 代表取締役 〇〇
※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。
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。(R7-ver1)



STEP2 【メールアドレスの登録】

基礎講習のご案内

- ✓ 令和8年度より、改ざん防止機能を備えたデジタル修了証の発行を開始します
- ✓ eラーニングは毎月10日・25日開催 一回数を大幅に増やし、お申込みしやすくなりましたー



【基礎講習】 医療機器の販売及び貸与営業所管理者講習会

はじめにご確認ください (従事経験と取得可能資格)

- ◆資格シミュレーター (ご自身の従事経験に基づき取得できる資格が表示されます)
- ◆テスト動画 (eラーニングにお申込みご予約の方は事前に再生し動作をご確認ください)

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| 1. 講習の目的 | 9. 受講料 |
| 2. 受講資格 | 10. 講習の内容 (カリキュラム) |
| 3. 受講免除者 | 11. 修了証の交付 |
| 4. 受講方法のご案内 (eラーニング・会場開催) | 12. 変更、キャンセルについて |
| 5. 日程のご案内 | 13. お申込み方法に関するご案内 (重要) |
| 6. 申込から受講までの流れ | 14. よくあるご質問 (FAQ) |
| 7. 従事年数証明書の作成・準備 | 15. 特定商取引法に基づく表示 |
| 8. 団体でのお申込み | |

★これから【基礎講習】をお申込みされる方はこちら★

1. 従事年数 証明書作成

資格取得に必要な年数に基づき作成

2. 基礎講習 お申込手続き

お申込みはこちら
メールアドレスをご登録ください。

※本講習は継続的研修ではございません

- ⑤ ホームページ基礎講習サイトを開いてください。
(作成した「従事年数証明書」を手元に用意)
- ⑥ 「2.基礎講習お申込手続き」ボタンをクリック。

基礎講習申込メールアドレス登録

メールアドレスを入力して、送信ボタンを押してください。
ご入力いただいたメールアドレス宛に申込登録画面のURLをお送り致します。

お申込みにあたり、従事年数証明書等のアップロードが必要になります。
予めお手元にご準備ください。
従事年数証明書は[こちら](#)から作成することが可能です。
また[資格シミュレータ](#)でお申込みいただける資格や
必要年数をご確認いただくとスムーズです。

こちらから継続的研修のお申込みはできません。ご注意ください。

メールアドレス

E-mail address

送信

✉ email@example.com

次のドメインの許可をお願い致します。【@o-license.com】

⑦ メールアドレスを入力し、送信

申込メール送信完了

ご入力 of メールアドレス宛に申込用URLを送信致しました。
メールアドレスから内容ご確認ください、お申込みにすすんでください。
申込用URLの有効期限は24時間です。
※返信メールが届かない場合 @o-license.comからのメールを受信できるよう設定してくださ

⑧ 送信完了。画面を閉じる

STEP3 【メールの確認】

件名: 【日本ホームヘルス機器協会】基礎講習のお申込手続きはこちらから 日時: Tue, 10 Feb 2026 11:49:33 +0900

このメッセージは、システムより自動送信しています。
本メールへのご返信には対応いたしかねますのでご了承ください。

メールアドレスの確認が完了いたしました。
下記URLより、基礎講習のお申込み手続きをお願いいたします。

[基礎講習受講申込み手続きはこちら]

https://el-hapi.jp/hp_entry/entry-input/areaselectionbefor?expiration=55676659564c65683672775165557667304d396d61417144734662516453414c49733069393772476953494e333446335062552b336f33447859627a3054693362466f77616d67553a7465646873712f434655635a4a6b4a4b2f4878397774a6c436574383848583746446b4c7438303877436b4a35

注意事項

上記URLの有効期限は24時間です。期限を過ぎた場合は、お手数ですが最初からやり直してください。

URLをクリックしても専用サイトが開かない場合は、URLをコピーしてWebブラウザのアドレスバーに貼り付け、Enterキーを押してください。

※本メールは送信専用のアドレスからお送りしています。
ご返信いただいても対応できませんので、ご了承ください。

=====

一般社団法人 日本ホームヘルス機器協会
講習登録室
TEL : 03-5805-1910
(平日 9:30~12:00 / 13:00~16:30 土日祝除く)

=====

⑨ ご利用のメールをご確認ください。

メール件名:「【日本ホームヘルス機器協会】基礎講習のお申込手続きはこちらから」が届いているか確認。

※届かない場合は、STEP2 のメールアドレスの入力から今一度メールアドレスに誤りないかをご確認ください。
迷惑メールフォルダやゴミ箱内もご確認ください。

※携帯電話会社のメール(@docomo、@ezweb、@softbank など)をご利用の場合、メールが届かないことがあります。迷惑メールフォルダもご確認ください。

⑩ メール本文の URL をクリック

※クリックしても画面が変わらない場合は URL をコピーし、Webブラウザのアドレスに貼り付けてください。

STEP4 【受講方法の選択】

受講方法選択

お申込みにあたっての注意事項

- ・お申込時に**従事年数証明書**が必要になります。事前にお手元にご準備ください。
- ・申込期限前でも定員になり次第受付を終了する場合がございます。
- ・必要な従事経験を満たしてからお申込みください。お申込み時点で期間を満たさない場合はお申込みいただけません。
- ・eラーニングにお申込みいただく場合は事前に**動画テストページ**で動作の確認をお願いします。
- ・eラーニングの受講期間はおよそ**30日間**です。期間内に受講・試験を終えてください。
- ・お申し込み後は日程の変更、キャンセル、受講料のご返金は承るできません。予めご了承ください。

上記の「お申込みにあたっての注意事項」に同意する。

[申込画面はこちら](#)

※継続的研修のお申込み画面ではございません。ご注意ください。

⑪「お申込みにあたっての注意事項」の内容を確認。

- ・チェックボックスにチェックを入れる。
- ・「申込画面はこちら」をクリック。

受講方法選択

⑫「会場(実地)開催」「eラーニング開催」
どちらか受講方法を選択し、クリック

会場(実地)開催のお申込みは
こちらをクリック

一日講習(9時半~17時半)です。
集中して受講されたい方や、講師へ質問も。

札幌 宮城 東京 埼玉 愛知 大阪 広島 福岡
にて開催 (会場によって10時~18時の回もございます。)



eラーニング開催お申込みは
こちらをクリック

パソコンで講義動画を視聴し、
ご受講いただく方法です。

受講期間はおおよそ30日
期間内は動画の停止、途中からの再生の可能です。



会場お申込みの場合

開催地	施設名 住所	実施日時	受付締切日	
東京①	日本教育会館 東京都千代田区一ツ橋2-6-2	4月15日(水) 9時30分～17時30分	3月18日(水) 23:59締切	
東京②	日本教育会館 東京都千代田区一ツ橋2-6-2	6月10日(水) 9時30分～17時30分	5月14日(木) 23:59締切	

⑬ 希望の受講方法の日程を選択し、
申込ボタンをクリック

eラーニングお申込みの場合

講習名 令和8年度 基礎講習	受講期間 (開始日0:00～終了日23:59)		申込受付期間
4月期①eラーニング (4/10～5/11)	4月10日(金)～5月11日(月)		2月13日(金)受付開始 ～3月11日(水)締切
4月期②eラーニング (4/25～5/25)	4月25日(土)～5月25日(月)		2月13日(金)受付開始 ～3月26日(木)締切
5月期①eラーニング (5/10～6/10)	5月10日(日)～6月10日(水)	受付期 間前	3月12日(木)受付開始 ～4月6日(月)締切
5月期②eラーニング (5/25～6/25)	5月25日(月)～6月25日(木)	受付期 間前	3月12日(木)受付開始 ～4月23日(木)締切

STEP5 【従事年数証明書・顔写真アップロード】

従事年数証明書・顔写真アップロード画面

◆ 従事年数証明書

- 従事年数証明書は押印が必須です。
- 押印および記載内容が鮮明に確認できる書類をご用意ください。
- PDF形式（フルカラーでスキャンしたもの。白黒は不可）
- 画像形式（JPEG など）でもアップロード可能です。
- PDFが複数ページの場合は、1つのファイルにまとめてアップロードしてください。
- ページごとに分けてアップロードする場合は、「+追加」ボタンから最大5枚まで登録できます。

◆ 顔写真（証明写真）

- 対応形式：JPG (.jpg / .jpeg)、PNG (.png)
- 正面・無帽・背景無地のものをご用意ください（証明写真と同等の品質を推奨します）。

※従事年数証明書と顔写真は別々にアップロードしますが、合計ファイルサイズは9MB以下にし

◆ 以下に該当する方へ

次に該当する方は、下部のボタンからお進みください。

- 従事年数証明書を郵送で提出する方（アップロードは不要）
- プログラム資格にお申込みの方（専用ページへ進みます）

顔写真 **必須** ファイルを選択

従事年数証明書(PDF形式) **必須** ファイルの選択 ファイルが...ていません +

※顔写真と従事年数証明書は 両方ともアップロードが必要です。

次へ進む

⑭ 従事年数証明書と顔写真アップロード画面になります。下記いずれかの方法をご選択ください。

※プログラム資格のご案内は省略しています。

－郵送の場合－

郵送される場合はこちらをクリック。

（顔写真・従事年数証明書は追ってご郵送ください）

－アップロードの場合－

・顔写真をスマートフォン等で撮影し、画像データにする。

・従事年数証明書を PDF(カラー)データか、画像データにする。

それぞれアップロードし、「次へ進む」をクリック。

STEP6 【申込者情報の入力】

申込者情報

氏名(姓) **必須** 外字についてはこちら

氏名(名) **必須**

氏名 フリガナ(姓) **必須**

氏名 フリガナ(名) **必須**

生年月日 **必須** 年 月 日

連絡用メールアドレス **必須**

自宅住所 郵便番号 **必須** ※ここには申込者様の自宅住所をご入力ください。
※勤務先住所は入力しないでください。

自宅住所 **必須** 都道府県名
例：〒東京都

勤務先 支店・部署

勤務先 郵便番号 -

勤務先 住所 都道府県名 ※テキスト等を申込者以外の担当者様が受け取る場合は、「勤務先住所」欄に担当者様の勤務先住所を、「勤務先支店・部署」欄に担当者様の名前を併せてご入力ください。(勤務先名称欄と合わせて全角25文字・半角50文字以内)

市区町村

番地

マンション/ビル名等 (任意) (全角25文字・半角50文字以内)

勤務先 TEL - -

連絡の取れる電話番号 **必須** - -

書類送付先 **必須** 勤務先 自宅

経験ある医療機器 **必須** 高度管理医療機器 特定管理医療機器 補聴器 家庭用電気治療器
 その他医療機器

従事期間 **必須** 年 月 日
 年 月 日

従事年数 **必須** 年 ヶ月 日間

申込講習の種類(取得可能資格) **必須**

確認

⑮ 申込者(受講される方)氏名、生年月日、自宅住所等入力。

〈修了証に自宅住所の都道府県が反映されます〉

※赤の「必須」項目はすべてご入力ください。

※必須項目以外も可能な限りご入力をお願いします。

⑯ 下記 2 つは「従事年数証明書」に基づいて入力ください。

・経験ある医療機器

→1～5 のチェックがついている医療機器

・従事期間

→証明書に記載ある「最初の期間」と「最後の期間」

⑰ 「申込講習の種類(取得資格)」を選択。

入力終われば「確認」をクリック。

申込者情報

氏名(姓) 必須	<input type="text" value="湯島"/>
氏名(名) 必須	<input type="text" value="太郎"/>
氏名フリガナ(姓) 必須	<input type="text" value="ユシマ"/>
氏名フリガナ(名) 必須	<input type="text" value="タロウ"/>
生年月日 必須	2010 (平成22年) 年 <input type="text" value="1"/> 月 <input type="text" value="1"/> 日
連絡用メールアドレス 必須	<input type="text" value=""/>
自宅住所 郵便番号 必須	<input type="text" value="113"/> - <input type="text" value="0000"/>
自宅住所 必須	都道府県名 <input type="text" value="東京都"/> 市区町村 <input type="text" value="〇〇区〇〇"/> 番地 <input type="text" value="〇-〇-〇"/> マンション/ビル名等 <input type="text" value=""/>
勤務先 名称	<input type="text" value=""/>
勤務先 支店・部署	<input type="text" value=""/>
勤務先 郵便番号	<input type="text" value=""/> - <input type="text" value=""/>
勤務先 住所	都道府県名 <input type="text" value=""/> 市区町村 <input type="text" value=""/> 番地 <input type="text" value=""/> マンション/ビル名等 <input type="text" value=""/>
勤務先 TEL	<input type="text" value=""/> - <input type="text" value=""/> - <input type="text" value=""/>
連絡の取れる電話番号 必須	<input type="text" value="03"/> - <input type="text" value="5805"/> - <input type="text" value="6131"/>
書類送付先 必須	<input type="radio"/> 勤務先 <input type="radio"/> 自宅
経験ある医療機器 必須	<input checked="" type="checkbox"/> 高度管理医療機器 <input type="checkbox"/> 特定管理医療機器 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 家庭用電気治療器 <input type="checkbox"/> その他医療機器
従事期間 必須	2022 (令和4年) 年 <input type="text" value="12"/> 月 <input type="text" value="20"/> 日 ~ 2026 (令和8年) 年 <input type="text" value="1"/> 月 <input type="text" value="20"/> 日
従事年数 必須	<input type="text" value="3"/> 年 <input type="text" value="1"/> ヶ月 <input type="text" value="1"/> 日間
申込講習の種類(取得可能資格) 必須	<input type="text" value="高度管理医療機器(特定保守管理医療機器を含む)"/>

修正

送信

⑱【重要です】

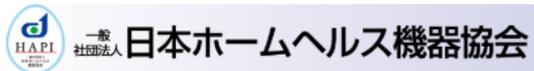
入力の内容に間違いがないか確認。

- ・氏名
- ・生年月日
- ・自宅住所都道府県
- ・従事経験のある医療機器
- ・申込講習の種類(取得資格)

内容に誤りがあれば「修正」ボタンをクリック、
入力画面に戻り、正しい内容に修正。

内容正しければ「送信」ボタンをクリック。

STEP7 【Web 申込完了】



申込登録完了

申込が完了いたしました。

日本ホームヘルス機器協会HP

- ⑱ 登録が完了しました。
画面を閉じてください。
登録手続きは完了です。

【今後の流れ】

- ① 従事年数証明書・顔写真をアップロードされない方はお早めにご郵送ください。
- ② 協会にて書類審査を行います。
- ③ 通常1~2営業日で審査が完了。その際「審査完了・お支払方法選択」メールをお送りします。



STEP8 【受講料のお支払】

件名: 【日本ホームヘルス機器協会】基礎講習お申込み審査完了のお知らせ(お支払方法の選択について)

湯島 太郎様

いつもお世話になっております。
このたびは基礎講習にお申込みいただき、ありがとうございます。
お申込み内容の審査が完了いたしましたので、ご案内申し上げます。

下記内容をご確認のうえ、受講料のお支払方法を下記URLからご選択いただき、期限日までにお手続きをお願いいたします。

■お申込講習： 001 東京① 4月15日（水）日本教育会館

■お申込資格：高度管理医療機器

【お支払方法の選択はこちら】

https://el-hapi.jp/hp_entry/settlement-confirm/confirm?expiration=38594d3355572b79366d4c446e3232592b6e61652f387143644178<56556c716c7a316b5844486e484237705249426a6b73743353325a31475071317736313573

① 「お支払方法選択」メールが届きましたら URL をクリック



決済申込確認画面

決済申込確認画面です。
決済を行う場合画面下の決済ボタンを押してください。

決済

② 「決済」をクリック

決済申込確認

お名前・注文内容などのお申込内容をご確認ください。
「決済ステーション利用者同意事項」に同意の上、「同意して次へ」ボタンを押してください。
※ お支払い手続きが正しく行えませんが、ブラウザの「戻る」ボタンは押さないでください。

ご注文内容

	日本ホームヘルス機器協会
成約日	2026/02/13
決済受付番号	26021371663855
請求金額	13,500 円 (内消費税 1,227 円)
(標準税率 10%)	13,500 円 (内消費税 1,227 円)
会社電話番号	03-5805-1910

登録番号 T1010005018886

決済ステーション利用者同意事項 ※必ずお読みください。

ここからは、「決済ステーション」サイトになります。
お客さま(以下「利用者」といいます)は、以下の事項に同意のうえ、決済手段の選択に進んでください。
利用者の同意を得ずに入力いただいた個人情報の第三者提供は行いません。
ただし、決済手段にクレジットカード決済を選択した場合、利用者から収集した以下の個人情報等は、カード発行会社が行う不正利用検知・防止のために、利用者の承諾を得ずにカード発行会社に提供される場合があります。

同意せずショップへ戻る

同意して次へ

③ 内容を確認されましたら
「同意して次へ」をクリック

湯島テスト 様

お支払い方法の選択

お支払い方法を選択し、「次に進む」ボタンを押してください。

※ お支払い手続きが正しく行えませんが、ブラウザの「戻る」ボタンは押さないでください。

 コンビニエンスストア(受付番号)

お手続き完了後、画面に表示されるお支払い用の受付番号等のメモをとり、コンビニエンスストアでお支払いください。(原則現金でのお支払いとなります。)

ご利用になれるコンビニエンスストア

 銀行振込

お手続き完了後、画面にお振込先口座番号が表示されますので、お近くの金融機関にてお振込みください。振込手数料は、お客様負担となります。

お振込先金融機関

三井住友銀行

ご注文内容

	日本ホームヘルス機器協会
決済受付番号	26021371663855
請求金額	13,500 円 (内消費税 1,227 円)
会社電話番号	03-5805-1910

※下記時間帯は、システムメンテナンスのため、ご利用できません。

1月1日 PM8:00～1月2日 AM5:30

6月、9月の第3日曜日 AM0:00～AM5:30

 払込票

お手続き完了後、お客様がご登録されたご住所に払込票をご郵送します。払込票到着後、下記のいずれかの方法でお支払いください。

ご利用になれるお支払い方法

コンビニエンスストア(払込票)

セブンイレブン、ローソン、ファミリーマート、ミニストップ、デイリーヤマザキ、ヤマザキデイリーストアー、ヤマザキスペシャルパートナーショップ、セイコーマート、ポプラ、ハマナスクラブ、コミュニティ・ストア、MMK設置店

※ MMK設置店には、「NEWWAYS」(一部の店舗)等があります。

※ ポプラには、「生活彩家」「くらしハウス」「スリーエイト」店舗を含みます。

銀行振込

※ お支払い金額が30万円を超える場合、コンビニエンスストアでのお支払いにはご利用いただけません。

④お支払い方法を次の4つから選択。

- ・コンビニエンスストア(受付番号払い)
- ・銀行振込
- ・ペイジー
- ・払込票郵送(銀行振込・コンビニ支払い)

※開催日が先の日程の場合、コンビニエンスストア(受付番号払い)およびペイジーはご選択いただけない場合があります。その場合、銀行振込か払込票郵送をご選択ください。

「次に進む」をクリック。

湯島テスト 様

お支払い内容の確認

お支払い方法は銀行振込決済でよろしいですか？

ご入力内容とお支払い金額をご確認の上、「次に進む」ボタンを押してください。

※ お支払い手続きが正しく行えませんので、ブラウザの「戻る」ボタンは押さないでください。

お支払い方法

銀行振込(三井住友銀行)

お客様情報

お名前	湯島テスト 様
フリガナ	シマテスト
郵便番号	1130084
住所	東京都
	文京区湯島
	4-1-11
電話番号	03-5805-6131

ご注文内容

 日本ホームヘルス機器協会	
決済受付番号	26021371663855
請求金額	13,500 円 (内消費税 1,227 円)
会社電話番号	03-5805-1910

携帯メールアドレス登録

振込先の口座番号を携帯電話にメール送信することができます。

ご希望の方は送信先の携帯電話のメールアドレスを入力してください。

※ ドメイン「paymentstation.jp」からのメールを受信できるように設定してください。

メールアドレス	<input type="text"/>
メールアドレス(確認用)	<input type="text"/>

「次に進む」ボタンを押した後、お支払い方法の変更はできません。ご注意ください。

🔍 お支払い方法の選択へ戻る

🔍 次に進む

⑤ 選択したお支払方法でよろしいか確認。
よろしければ「次に進む」、選択し直す場合は「お支払方法の選択へ戻る」をクリック

お支払い手続き完了

お支払い手続きが完了しました。以下の口座へお振込みください。
 ※ お支払い手続きが正しく行えませんが、ブラウザの「戻る」ボタンは押さないでください。

お支払い方法

銀行振込(三井住友銀行)

■ご注意事項

- お振込の際は口座番号をお間違えにならないよう、十分にご確認ください。
この口座番号はお客様専用ですので、口座番号をお間違えになると入金の確認ができず、お申込商品やサービス等をご提供できない場合がございます。また、ご返金の際請求手数料がかかる場合がございます。
- 表示されている金額をお振込みください。振込手数料はお客様のご負担となります。
- お客様名義(お申込者の名義)でお振込みください。
- 支店名は、仮想の店舗名称です。支店名が地名であっても、ショップ所在地とは一切関係ございません。

銀行名	三井住友銀行
支店名	首都圏支店 ※お振込専用の仮想支店名です。
口座種別	普通
口座番号	8598513 ※今回のお振込専用の口座番号です。
口座名義	ミイスドモカード(株) ホームヘルスコツクヨク

お客様情報

お名前	湯島太郎 様
フリガナ	タマノヲウ
郵便番号	1130034
住所	東京都
	文京区湯島
	4-1-11
	南山堂ビル5F 日本ホームヘルス機器協会
電話番号	0358056131
メールアドレス)

ご注文内容

 日本ホームヘルス機器協会	
決済受付番号	26021371663655
請求金額	13,500 円
会社電話番号	03-5805-1910

⑥お支払方法選択の手続きは完了です。

画面を印刷していただくか、お申込み時に登録いただいたメールにお支払い方法の詳細が送信されます。

期日までにお支払いください。

 このページを印刷する

以上でお申込み手続きはすべて完了です。

【今後の流れ】

- ① ご登録いただいたメールアドレスへ受講案内および領収書をお送りします。
- ② 会場の場合：受講票をお送りします。テキストは当日お渡しします。
eラーニング：受講期間までお待ちください。期間近くなりましたらテキストをお送りします。

【お問い合わせ先】

日本ホームヘルス機器協会 講習登録室

TEL:03-5805-1910

(平日 9:30~12:00/13:00~16:30 土日祝除く)