

< 医器工継続的研修 様式第1 >

高度管理医療機器等の販売業及び賃貸業の営業所の管理者並びに  
医療機器修理業の責任技術者の『継続的研修』に関わる  
修了証再発行および受講証明書発行申込書

氏名フリガナ		性 別	男 ・ 女
氏 名		生 年 月 日	大正 昭和 平成 年 月 日
受講時の資格 (複数選択可)	販売業または賃貸業管理者 修理業責任技術者：以下から選択 G1 G2 G3 G4 G5 G6 G7 G8 G9		
受講年度	平成 年度	受講会場	札幌 仙台 東京 名古屋 大阪 福岡
企 業 名			
営業所または 事業所の名称		業許可番号	
営業所または 事業所の住所	〒		
申 込 区 分	1. 修了証再発行 2. 受講証明書発行 (どちらかに丸印を付して下さい)		
理 由	1. 破損、汚損、紛失のため 2. その他 ( )		
手数料金額	2, 000円	手数料振込年月日	年 月 日
通 信 欄			

修了証再発行  
上記により、『継続的研修』に関わる を申し込みます。  
受講証明書発行

平成 年 月 日  
〒

勤務先住所  
勤務先名等  
申込者氏名  
電 話 番 号

印

FAX番号

日本医療器材工業会 継続的研修係 御中

- 注意
1. 申込者は修了者本人またはその資格を引き継いだものに限る。
  2. 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
  3. 記載は楷書とし明瞭であること。
  4. 手数料振込金領収書を裏面に貼付すること

当工業会使用欄	受付	交付	備考
---------	----	----	----