

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及び受講証明書発行申込書

シメイフリガナ		性 別	男 ・ 女
氏 名		生 年 月 日	大正 昭和 平成
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	4,000円	手数料振込年月日	年 月 日
通信欄			

上記により、『継続的研修』に関わる 修了証再発行 を申し込みます。

年 月 日 受講証明書発行

〒

勤務先住所

勤務先名等

申込者氏名

電話番号

FAX 番号

印

一般社団法人 日本医療機器テクノロジー協会 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. 手数料振込金領収書を裏面に貼付すること。

当会使用欄	受付	交付	備考
-------	----	----	----