

(様式 6) ◆ D V D 動画による継続的研修 申込書

医療機器の販売・貸与営業所管理者の継続的研修

医療機器の修理責任技術者の継続的研修

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

DVD 講習お申込みの場合、DVD 提供のみとなります。(WEB 動画のご用意はありません。)

再生できる機器があることを確認の上、お申込み下さい。

PC でご視聴の場合、DVD-Video ファイル（レンタル DVD 等と同様の形式）が再生できるソフトが必要です。

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) 申込者氏名	生年月日		昭和 平成	年 月 日
受講票等の書類送付先	(ご希望の送付先にチェックしてください。無記入の場合会社宛に送付します) → <input type="checkbox"/> 自宅住所 <input type="checkbox"/> 会社住所			
自宅住所 ※自宅住所は必ず記入してください。	〒 都道府県			
会社名				
会社住所	〒 都道府県			
会社電話番号	直通 TEL : — —			

日中連絡先 (日中連絡の取れる電話番号)	携帯・TEL : — —
メールアドレス (任 意)	② @ お電話でご連絡が取れない場合メール連絡をする場合がございます

◆ 実際に管理者または責任技術者として届出をしている区分を選び、□を付けてください。

届出の区分 □を付けてください	<input type="checkbox"/> ①医療機器の販売・貸与管理者
	<input type="checkbox"/> ②修理責任技術者
	<input type="checkbox"/> ③販売・貸与管理者及び修理責任技術者（兼務している方）

ご希望の欄に○を付けてください。※修了証の発送は受講期間最終日以降となります。

※【重要】お申込み後のキャンセルや受講日程の変更、受講者の変更等はできません

希望欄	コード	受講期間	開催方法
○	K 40	令和 8 年 8 月 10 日～令和 8 年 9 月 10 日	DVD 動画による受講
○	K 41	令和 8 年 11 月 20 日～令和 8 年 12 月 20 日	DVD 動画による受講