

様式 7

医療機器の販売及び賃貸管理者の継続研修 修了証
医療機器の修理業責任技術者継続研修

再発行申込書

氏 名			
住所地	都 道 府 県		
受講番号			
理 由	1. 記載事項の変更のため（※変更事項を下記に記入） 2. 破損、汚損又は紛失のため 3. その他（ ）		
※変更事項	修了証 種類	1. 医療機器販売・賃貸管理者継続研修修了証に変更 2. 医療機器修理業責任技術者継続研修修了証に変更 3. 医療機器販売・賃貸管理者及び 医療機器修理業責任技術者継続研修修了証に変更	
	氏 名	旧氏名	新氏名
	住所地	旧所在地	新所在地
備考			

上記により、継続研修修了証の再発行を申込みます。

平成 年 月 日

送付先住所（会社の場合は部課名もご記入ください）

〒

氏 名

印

電 話 番 号

FAX 番号

一般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、当協会研修修了者に限るものとする
 2. 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする
 3. 手数料振込金領収書のコピーを裏面に貼付すること