

様式5

名刺サイズ(携行用)医療機器販売・賃貸管理者講習修了証発行申込書

氏名		生年月日	年 月 日
H17年度の修了者は <b>本籍地</b> 、H18年度以降の修了者は <b>住所地</b> の都道府県を記入して下さい。		都 道 府 県	
登録番号	第 号		
理由	1. 携行使用の為 2. その他 ( )		
証明書申込件数	件		
手数料振込年月日	平成 年 月 日		

上記により、名刺サイズ(携行用\*)医療機器販売・賃貸管理者講習修了証の発行を申し込みます。

(注) \*この名刺サイズ修了証はA4免状様式修了証の内容の一部を抜粋して記載したものです。申請の手続き等にはA4免状様式修了証が必要になる場合があります。

年 月 日

〒

送付先住所 (会社の場合は会社名・部課名まで記載のこと)

修了者氏名

印

電話番号

FAX番号

一般社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、一般社団法人日本ホームヘルス機器協会講習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。
  4. 修了証のコピーを添付すること。