

様式 4

医療機器の販売及び賃貸管理者講習修了証再発行申込書

登録番号※	号	生年月日	年 月 日
H17 年度の修了者は 本籍地 、H18 年度以降の修了者は修了時 住所地 の都道府県を記入して下さい		都 道 府 県	
理 由	1. 破損、汚損又は紛失のため 2. 氏名の変更 (※注 5 参照) 3. その他 () (※紛失の為の再発行であるが変更事項もある場合は、下記に記入)		
※変更事項 1) 変更がある場合のみ記入して下さい。 2) 記入しきれない場合は欄外又は別紙に記入して下さい。	変 更 前	①氏名 ②現住所 ③勤務先 ④勤務先住所	
	変 更 後		

※登録番号が不明の場合はお申込み前にお電話等にて必ずご確認ください。

上記により、医療機器の販売管理者及び賃貸管理者講習修了証の再発行を申し込みます。

年 月 日

〒 ー

送付先住所 (会社の場合は、会社名・部課名まで記載のこと)

本人氏名

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、(社)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 A 4 とすること。
 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. 修了証を紛失した場合を除き、修了証のコピーを添付すること。
 5. 氏名の変更がある場合はその理由を判断できる書類 (免許の裏書、住民票の写しなど) が必要となります。