

(様式1)

# 医療機器の販売及び貸与営業所管理者の受講申込書

- 1. 黒又は青のボールペン使用
- 2. 訂正は二重線の上に訂正印(修正テープ不可)

申込日 平成〇〇年〇月〇〇日

一般社団法人 日本ホームヘルス機器協会 会長 殿

写真貼付  
3.0cm  
×  
2.4cm

フリガナ・印鑑を忘れずに

- ※ 受講料のお振込控えのコピーを必ず添付してください。
- ※ 申込書に不備がある場合は、受付できませんのでご注意ください。
- ※ 必ず(様式2)と併せて(社)日本ホームヘルス機器協会宛ご送付ください。
- ※ 当協会では、コンタクトレンズの基礎講習は行っていません。

写真の裏に  
氏名記入

※用紙は日本工業規格A4サイズ白紙 ※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)	ユシマ タロウ	性 別	男 ・ 女
申込者氏名	湯島 太郎	生年月日	大正 昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
講票等の書類送付先	(ご希望の受講票等の送付先にチェックしてください。)		
〒	〒 274-0041	<input checked="" type="checkbox"/> 会社住所	<input type="checkbox"/> 現住所
自宅住所	千葉県 市川市 ×× 2-3-4		
名	株式会社湯島タロウ電気商会 湯島営業所 営業2課		
〒	〒 113-0033	東京都 文京区××1-2-3 ユシマビル 2F	
番号	直通 TEL: 03-1234-5678 (内線)		
会社・携帯・その他	携帯・TEL: 090-1234-5678		
様式2にて証明された医療機器に☑を付ける(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1. 高度管理医療機器等(特定保守管理医療機器を含む。) (※ 指定視力補正用レンズ [コンタクトレンズ] のみの経験は対象外) <input checked="" type="checkbox"/> 2. 特定管理医療機器[自動電子血圧計等 (補聴器及び家庭用電気治療器を除く。)] <input checked="" type="checkbox"/> 3. 補聴器 <input type="checkbox"/> 4. 家庭用電気治療器 <input type="checkbox"/> 5. その他の医療機器(パイプレーター、アルカリイオン整水器等)		
医療機器の種類	昭和・平成 26年4月から ( 3年 9ヶ月) 1. 高度管理医療機器等      2. 特定管理医療機器 3. 補聴器      4. 家庭用電気治療器      5. 補聴器および家庭用電気治療器		

現住所・会社住所の両方をご記入ください。個人経営の方は会社名の箇所に(個人経営)とご記入ください。

郵便物の配達に必要な場合は、部課名まで、担当者がいる場合は担当者名までご記入ください。

日中連絡の取れる電話番号をご記入ください。

様式2の従事証明で証明された期間をご記入ください。

どの管理者資格を取得できるか確認し(別図1参照)1つに○を付けてください。

実際に販売及び貸与した医療機器に☑を付けてください。(様式2と同様)

第二希望までご記入できますが、必ず出席できる日時・場所を慎重にお選びください。

注)自動電子血圧計をお取扱いの方は、高度管理医療機器等又は、特定管理医療機器の講習を受講する必要があります。

希望講習会	開催日時	会場コード	会場名
第一希望	平成 ●●年●●月 〇〇日	0××	日本〇〇会館
第二希望	平成 年 月 日		

上記のとおり、医療機器の販売及び貸与管理者の講習を申し込みます。  
\*ここに記入いただいた個人情報、管理者講習関連業務以外には使用しません。

(様式1)

# 医療機器の販売及び貸与営業所管理者の受講申込書

- 1. 黒又は青のボールペン使用
- 2. 訂正は二重線の上に訂正印(修正テープ不可)

申込日 平成 年 月 日

一般社団法人 日本ホームヘルス機器協会 会長 殿

- ※ 受講料のお振込控えのコピーを必ず添付してください。
- ※ 申込書に不備がある場合は、受付できませんのでご注意ください。
- ※ 必ず(様式2)と併せて(社)日本ホームヘルス機器協会宛ご送付ください。
- ※ 当協会では、コンタクトレンズの基礎講習は行っていません。

写真貼付

3.0cm  
×  
2.4cm

写真の裏に氏名  
記入

※用紙は日本工業規格A4サイズ白紙を使用 ※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	性 別	男 ・ 女
印	生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日
受講票等の書類送付先 (※送付先に関わらず、 自宅住所・会社住所とも 記入して下さい)	(ご希望の送付先にチェックしてください。チェックなしの場合、会社宛に送付します。)	
	<input type="checkbox"/> 会社住所	<input type="checkbox"/> 現住所
自宅住所 ※(修了証記載事項の ため、必ず記入 して下さい。)	〒 -	
会社名		
会社住所	〒 -	
会社電話番号	直通 TEL: - -	(内線)
日中連絡先	会社・携帯・その他 (会社以外の場合右欄にご記入ください)	携帯・TEL: - -
医療機器販売等 の従事年数及び 医療機器の種類 (様式2の従事年数証明 書で証明されたもの)	昭和・平成 年 月から ( 年 ヶ月)	
	様式2にて証明された医療機器に <input checked="" type="checkbox"/> を付ける(複数選択可)	
	<input type="checkbox"/>	1. 高度管理医療機器等(特定保守管理医療機器を含む。) (※ 指定視力補正用レンズ [コンタクトレンズ] のみの経験は対象外)
	<input type="checkbox"/>	2. 特定管理医療機器〔自動電子血圧計等 (補聴器及び家庭用電気治療器を除く。)]
	<input type="checkbox"/>	3. 補聴器
	<input type="checkbox"/>	4. 家庭用電気治療器
	<input type="checkbox"/>	5. その他の医療機器(バイプレーター、アルカリイオン整水器等)
申込講習種類 (受講資格を確認し、 受講する講習 1つに ○を付けて下さい)	1. 高度管理医療機器等                      2. 特定管理医療機器 3. 補聴器                      4. 家庭用電気治療器                      5. 補聴器および家庭用電気治療器	

注) 自動電子血圧計をお取扱いの方は、高度管理医療機器等又は、特定管理医療機器の講習を受講する必要があります。

※第二希望までご記入できますが、必ず出席できる日時・場所をお選びください。

希望講習会	開催日時	会場コード	会場名
第一希望	平成 年 月 日		
第二希望	平成 年 月 日		

上記のとおり、医療機器の販売及び貸与管理者の講習を申し込みます。

\*ここに記入いただいた個人情報は、管理者講習関連業務以外には使用しません。