

- 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 ○○年○月○○日

機器協会 会長 殿

写真貼付
3.0cm
×
2.4cm
写真の裏に
記入

受講料のお振込が完了している振込明細書棟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みの基礎講習は行っていません

フリガナ・印鑑を忘れずに

※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) 申込者氏名	ユシマ タロウ 湯島 太郎	性 別	男 ・ 女
		生年月日	昭和 平成 ○○年 ○○月 ○○日
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。	講票等の書類送付先 下欄の現住所・会社住所とも記入してくださ	(ご希望の受講票等の送付先にチェックしてください。) <input checked="" type="checkbox"/> 会社住所 <input type="checkbox"/> 現住所	
郵便物の配達に必要な 場合は、部課名まで、 担当者がある場合は担 当者名までご記入くだ さい。	〒 274-0041 千葉県 市川市 ×× 2-3-4	自宅住所	
日中連絡の取れる 電話番号をご記入 ください。	名 株式会社湯島タロウ電気商会 湯島営業所 営業2課	会社住所	
様式2の従事証明で証明され た期間をご記入ください。 受講に必要な期間を満たして いるか確認してください。	〒 113 - 0033 東京都 文京区××1-2-3 ユシマビル 2F	番号	
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。	直通 TEL: 03 - 1234- 5678 (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 : 090 - 1234	
	平成 26 年 4 月 から (4 年 9 ヶ月)	医療機器の種類	
	1. 高度管理医療機器等	<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(バイプレーター、アルカリイオン整水器等)	
	2. 特定管理医療機器	<input type="checkbox"/> 4. 家庭用電気治療器 <input type="checkbox"/> 5. 補聴器および家庭用電気治療器	

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)

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	●●年●●月 ○○日	0××	日本○○会館
第二希望	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。

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。

(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

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

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

受講料のお振込が完了している振込明細等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み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	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)	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	年 月 日		
第二希望	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。