

(様式 6)

医療機器の販売・貸与管理者の継続的研修  
医療機器の修理責任技術者の継続的研修

申込書

申込日 ○○○○年○○月○○日

振込控への添付がない場合、  
振込完了していない場合は、  
受付できません。

ホームヘルス機器協会 会長 殿

※  申込書送付前に振込を完了し、**振込明細書等のコピーを裏面に貼付または同封**して下さい  
(振込明細書等をもって **フリガナを忘れずに** 送りますので必ずコピーを貼付し、原本は保管してください。)  
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	昭和 46年 1月 2日 平成
受講要等の書類送付先 (ご希望の送付先にチェックしてください。無記入の場合会社宛に送付します) ※必ず記入してください。	<input type="checkbox"/> 自宅住所 <input checked="" type="checkbox"/> 会社住所 <small>(ご希望の送付先にチェックしてください。無記入の場合会社宛に送付します)</small>		
自宅住所 ※必ず記入して下さい	〒274 - 0041 千葉 都 道 府 市川市 ×× 2-3-4		
会社名	株式会社 湯島タロウ電気商会 第二営業部		
住所	〒113 - 0033 東京 都 道 府 区 文京区 ×× 1-2-3 ユシマビル 2F		
会社電話番号	直通 TEL: 03-×××× -×××× (内線)		
連絡先 日中、申込者と連絡の取れる電話番号をご記入ください。会社の場合は「会社」に○、携帯等の場合は、右欄に番号も記入してください。	会社・ <u>携帯</u> ・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 - XXXX	

送付先が会社の場合も必ず記入してください。

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。個人経営の場合は(個人経営)とご記入ください。

日中、申込者と連絡の取れる電話番号をご記入ください。会社の場合は「会社」に○、携帯等の場合は、右欄に番号も記入してください。

医療機器の販売業及び貸与業営業所管理者(基礎講習受講免除者も含む)並びに修理責任技術者の方のため新たに資格を取得する基礎講習ではありませんのでお間違いのないようご注意ください。

▼ 実際に管理者または責任技術者として届出をしている区分にあった研修を選び、を付けてください。  
修了証も3種類に分けられます。 ※研修種類未記入の場合は販売・貸与管理者の修了証を発行します

継続研修の 申込の種類 <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。	<input checked="" type="checkbox"/>	① 医療機器の販売・貸与管理者
	<input type="checkbox"/>	② 修理責任技術者
	<input type="checkbox"/>	③ 販売・貸与管理者及び修理責任技術者(兼務している方)

※第二希望までご記入できますが、必ず出席できる会場のみご記入下さい。

希望研修会	開催日時	会場コード	会場名
第一希望	○○○○年 ○○月○○日	K00	国立オリンピック記念○○○○
第二希望	○○○○年 ○○月○○日		

上記のとおり、継続的研修を申し込みます。

第二希望までご記入できますが、必ず出席できる会場のみご記入下さい。  
キャンセルや受講会場・日程(午前・午後の変更も)変更等はできませんので  
慎重に会場をお選び下さい。

外には使用しません。

(様式 6)

医療機器の販売・貸与管理者の継続的研修  
医療機器の修理責任技術者の継続的研修

申込書

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

※  申込書送付前に振込を完了し、振込明細書等のコピーを裏面に貼付または同封して下さい

(振込明細書等をもって領収証の発行に代えさせていただきますので必ずコピーを貼付し、原本は保管してください。)

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)		性別	男・女
申込者氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
受講票等の書類送付先	(ご希望の送付先にチェックしてください。無記入の場合会社宛に送付します) → <input type="checkbox"/> 自宅住所 <input type="checkbox"/> 会社住所		
自宅住所 送付先に関わらず ※ <b>必ず記入</b> してください。	〒 _____ 都 道 府 県		
会社名			
会社住所	〒 _____ 都 道 府 県		
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: _____	_____

※受講歴がある方の記入もれ事項は、前年データ等にて補完します。

この研修は、医療機器の販売業及び貸与業営業所管理者（基礎講習受講免除者も含む）並びに修理責任技術者の方のための継続的研修です。新たに資格を取得する**基礎講習ではありません**のでお間違いのないようご注意ください。

◆ 実際に管理者または責任技術者として届出をしている区分にあった研修を選び、を付けてください。  
修了証も3種類に分けられます。 ※申込研修種類未記入の場合は販売・貸与管理者継続研修の修了証を発行します。

継続研修の 申込の種類 <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。	<input type="checkbox"/>	①医療機器の販売・貸与管理者
	<input type="checkbox"/>	②修理責任技術者
	<input type="checkbox"/>	③販売・貸与管理者及び修理責任技術者（兼務している方）

※第二希望までご記入できますが、必ず出席できる会場のみご記入下さい。

希望研修	開催日時	会場 コード	会場名
第一希望	年 月 日	K	
第二希望	年 月 日	K	

※キャンセルや受講会場・日程（午前・午後の変更も）の変更等はありません

※ここに記入いただいた個人情報は、継続的研修関連業務以外には使用しません。