（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. 黒のボールペン使用

2. 入力する場合は書式を崩さず、チェックなどの記入もれがないように注意すること

3. 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

フリガナ・印鑑を忘れずに

写真貼付

3.0cm

×　　2.4cm

写真の裏に

氏名記入

* **令和5年度受講料（13500円）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。**

※用紙は日本工業規格Ａ４サイズ白紙（裏面も）　※**文字は楷書とし、略字・崩し字の使用はご遠慮ください。**

昭和

平成

通常は現在勤務している勤務先。担当者がいる場合は担当者の勤務先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。

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。

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。

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。

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）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）申込者氏名 | 　　スズキ　　タロウ | 性別 | 男　　・　　女 |
| 　鈴木　太郎　　　印 | 生年月日 | 　　　　　○○年　○○月 ○○日 |
| 受講票等の書類送付先（送付先に係らず下欄の現住所・会社住所とも記入してください） | （ご希望の受講票等の送付先にチェックしてください。）☑ 会社住所　　　　　　□ 現住所 |
| 自宅住所 | 〒 *274-0041**千葉県　市川市　××　２－３－４* |
| 会社名 | 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 | 〒*113 － 0033* 　　　*東京都　文京区××１－２－３　ユシマビル　２Ｆ*  |
| 会社電話番号 | 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　–　XXXX* |
| メールアドレス | 　　　　adbd1XXX0203@houXXXme.co.jp |
| 医療機器販売等の従事年数及び医療機器の種類 | 　　平成30年1月から（5年0ヶ月） | 様式２にて証明された医療機器に☑を付ける(複数選択可) |
| □ | 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） |
| ☑ | 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。）〕 |
| ☑ | ３．補聴器 |
| □ | ４．家庭用電気治療器 |
| □ | ５．その他の医療機器（バイブレーター、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。

メールアドレスご記入の方には、緊急連絡時にメールにてご連絡させていただくことがあります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 希望講習会 | 開催日（日程） | コード | 施設名等 |
| 第一希望 | 　　●●月　○○日 | 0×× | 日本○○会館 |
| 第二希望 | 　　●●月　●●日 | 0×× | 　ＤＶＤ・ＷＥＢ |

＊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。

（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. 黒のボールペン使用

2. 入力する場合は書式を崩さず、チェックなどの記入漏れがない
　　ように注意すること

3. 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

写真貼付

3.0cm

×　　2.4cm

写真の裏に氏名記入

一般社団法人 日本ホームヘルス機器協会　会長　殿

* **令和5年度受講料（13500円）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。**

※用紙は日本工業規格Ａ４サイズ白紙（裏面も）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。**

昭和

平成

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）※申込者氏名 |  | 性別 | 男　　・　　女 |
| 　　　　　　　　 | 生年月日 | 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。）□ 会社住所　　　　　　□ 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※通常は受講者の現勤務先、担当者がいる場合は担当者の勤務先 | 〒 　　　－　　　　  |
| 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 ：　　　　*-　　　　　–* |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| ※ご記入は任意です。ご記入の方には緊急連絡時にメールでのご連絡をする場合があります。 |
| 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 ☑ を付ける(複数選択可) |
| □ | 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） |
| □ | 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。）〕 |
| □ | ３．補聴器 |
| □ | ４．家庭用電気治療器 |
| □ | ５．その他の医療機器（バイブレーター、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（日程） | コード | 施設名等 |
| 第一希望 | 　月　　　日 |  |  |
| 第二希望 | 　月　　　日 |  |  |

＊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。

（R5-ver1）