

## ● 受講申込書等作成上の注意事項 ●

次の注意事項をよく読み、記入もれ等がないように確認後、下記3点を同封し、送付してください。

(1) 受講申込書(様式1)	(2) 従事年数証明書(様式2)	(3) 受講料振込明細書等のコピー
----------------	------------------	-------------------

令和4年度より受講料を13,500円とさせていただきます。

郵便料金にもご留意ください。不足の場合受け取れないことがあります。

黒のボールペンを使用(消えるボールペンや鉛筆の使用は不可。)

入力も可ですが、様式を崩すことなく、記入漏れやチェック漏れ、捺印漏れのないように注意すること。

入力の場合も、様式2の受講者記入欄は自書にて記名捺印してください。

### (1) 受講申込書(様式1の記入例をご参照ください)

- ① 氏名欄は、読みやすい字で記名、フリガナを忘れずに、捺印してください。
- ② 写真(3.0×2.4cm)は、受講申込前3ヵ月以内に上半身、正面脱帽で撮影したもので、裏面には、はがれたときわかるように氏名を記載し、写真貼付欄にのりで貼付すること。(白黒写真可、スナップ写真は不可、デジカメ写真の場合は写真用紙使用のこと)
- ③ 受講票等の書類送付先は、受講票・修了証等の送付先となります。ご希望送付先を必ずチェックして下さい。変更があった場合は、速やかに下記「問合せ先」までご連絡ください。送付先が会社の場合は、必ず、部課名を、ご担当者がいる場合はご担当者名をご記入ください。
- ④ 医療機器販売従事年数及び医療機器の種類欄は、従事年数証明書(様式2)に記載の開始日、期間(複数枚ある場合は合計期間)等を記入し、従事経験の対象となる医療機器(複数選択可)に☑を付けて下さい。
- ⑤ 希望日程は第二希望まで記入できますが、必ず出席できる日程のみご記入ください。
- ⑥ プログラム医療機器のみの営業所管理者基礎講習をお申込みの方は申込書下欄余白に「プログラム医療機器」と朱記してください。
- ⑦ 受講料の振込明細書等のコピー(ネットバンクなどの場合は画面印刷で可)を、受講申込書の裏面に貼付(または、同封)してください。
- ⑧ メールアドレスの記入は任意ですが、ご記入の方には緊急連絡時に使用させていただく場合があります。

### (2) 従事年数証明書(様式2の記入例をご参照ください)

- ① 受講者記入欄は、自書にて記名捺印してください。(入力の場合もこの部分は自書)
- ② 従事年数が2事業所(支店や営業所)以上にわたる場合は、事業所毎に必要な枚数を作成し、証明書記入欄に各々の証明を受けて、提出してください。この従事年数証明書は基礎講習の受講に必要な従事経験を確認する目的なので、受講希望者のすべての従事経験を証明する必要はありません。その合計が受講条件を満たす期間(高度管理医療機器の場合3年以上)であれば結構です。
- ③ 高度管理医療機器等の販売業の許可を得ている場合は、許可番号を必ず記入してください。管理医療機器等の販売業の届出をしている場合は、記入不要です。
- ④ 従事年数が必要年数に満たない場合、記入がない場合は、ともに無効とします。必ず、取得を希望する管理者資格を受講するのに必要な従事経験を確認してからお申込みください。従事年数や従事経験(医療機器の種類等)の不足で受講できない方がいらっしゃいます。
- ⑤ 視力補正用レンズ等(コンタクトレンズ・カラコン)のみのご経験は高度管理医療機器等の経験にあたりません。コンタクトレンズ販売営業所管理者講習会(医療機器センター様開催)をご受講ください。  
(角膜矯正用コンタクトレンズ、治療用コンタクトレンズは高度管理医療機器です)
- ⑥ 証明者記入欄の証明者は、受講者の資格要件を証明できる所属長以上の者となります。本人が事業主(経営者)の場合は、本人の証明となります。

注)プログラム医療機器の営業所管理者資格をお申込みの場合、従事年数証明書(様式2)の提出は不要です。その場合は、申込書(様式1)下欄余白に「プログラム医療機器」と朱記してください。(通常は「プログラム高度管理医療機器」の講習修了証を発行いたします。)

(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

協会 会長 殿

写真貼付  
3.0cm  
×  
2.4cm  
写真の裏に  
氏名記入

※令和4年度受講料(13500円)のお振込控えのコピーを  
※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。

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)	スズキ タロウ	性別	○男・女
申込者氏名	鈴木 太郎 	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。

受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。)  
必ず下欄の現住所・会社住所とも記入してください  会社住所  現住所

〒 274-0041  
自宅住所 千葉県 市川市 ×× 2-3-4

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。

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  
会社住所 東京都 文京区 ×× 1-2-3 ユシマビル 2F

日中連絡の取れる  
電話番号をご記入  
ください。

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

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。

様式2の従事証明で  
証明された期間をご記  
入ください。

販売 様式2にて証明された医療機器

の従事年数	平成30年1月から (4年0ヶ月)	<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)
種		<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

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)

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。

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。

希望講習会	開催日	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

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。

\*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

一般社団法人 日本ホームヘルス機器協会 会長 殿

- ※ 令和4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。

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)		性別	男・女
※申込者氏名	(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: _____	
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)	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	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。