

(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

器具協会 会長 殿

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
※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(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。

(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。

講習票等の書類送付先 (ご希望の受講票等の送付先にチェックしてください。)

〒 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 (会社以外の場合右欄にご記入ください)

会社住所 現住所

自宅住所 〒 274-0041 千葉県 市川市 ×× 2-3-4

通常は現在勤務している勤務
先。担当がいる場合は担当
者の勤務先担当者名までご記
入ください。

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

日中連絡の取れる
電話番号をご記入
ください。

直通 TEL: 03-1234-5678 (内線)

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

様式2の従事証明で
証明された期間をご記
入ください。

販売の従事年数 平成30年1月から (5年0ヶ月)

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。

様式2にて証明された医療機器

- 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 (パイプレーター、アル)

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。

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)

申込講習種類

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(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

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、管理者講習関連業務以外には使用しません。

(様式1)

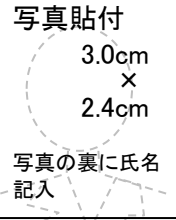
医療機器の販売及び貸与営業所管理者の受講申込書

- 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。

(フリガナ) ※申込者氏名	性 別 男 ・ 女	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 ※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)	_____ 年 _____ 月から (_____ 年 _____ 月)			
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。