（様式 6）

◆DVD動画による継続的研修 申込書

医療機器の販売・貸与営業所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

用紙は日本産業規格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） 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） → ☐自宅住所　☐会社住所		
自宅住所 送付先に関わらず ※ **必ず記入** 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 ：　　－　　－	
メールアドレス	@		

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**を選び、**☑を付けてください。**

届出の区分 ☑を付けてください。	☐	①**医療機器の販売・貸与管理者**
	☐	②**修理責任技術者**
	☐	③**販売・貸与管理者及び修理責任技術者**（**兼務**している方）

WEB 動画のご用意はありません。DVD提供のみとなります。再生できる機器があることを確認の上、お申込み下さい。
PCでご視聴の場合、DVD-Video ファイル（レンタルDVD等と同様の形式）が再生できるソフトが必要です。

ご希望の欄に〇を付けてください。※修了証は受講期間最終日以降のご郵送となります。

希望欄	コード	受講期間	開催方法
◯	K11	令和 7 年 9 月 5 日～令和 7 年 9 月 30 日	DVD動画による受講
◯	K12	令和 8 年 1 月 10 日～令和 8 年 2 月 5 日	DVD動画による受講

※キャンセルや受講日程の変更、受講者の変更等はできません