

◆DVD動画による受講 申込書

(様式 6)

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

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) → <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 ※ 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 ☑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）

※WEB 動画のご用意はありません。DVDの提供のみとなりますので、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の場合、DVD-Video ファイル(レンタルDVDと同様の形式)が再生できるソフトが必要となります。

※ご希望の日程に○を付けてください。満席の場合は、自動的に次の日程に振替させていただきます。

希望欄	コード	受講期間	開催方法
○	K12	8月30日～9月20日	DVD動画による受講
○	K13	11月27日～12月18日	DVD動画による受講

※キャンセルや受講日程の変更等はできません