様式７

医療機器の販売及び貸与管理者の継続的研修

修了証

医療機器の修理責任技術者継続的研修

再発行申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 住所地 |  都　道　府　県 |
| 受講番号 |  |
| 理　　由 | １．記載事項の変更のため（※変更事項を下記に記入）２．破損、汚損又は紛失のため３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ※変更事項（変更事項のない者は記入不要） | 修了証種類 | １．医療機器販売･貸与営業所管理者継続的研修修了証に変更２．医療機器修理責任技術者継続的研修修了証に変更３．医療機器販売・貸与営業所管理者及び　　医療機器修理責任技術者継続的研修修了証に変更 |
| その他 |  |  |
| 備考 |

上記により、継続的研修修了証の再発行を申込みます。

　　　年　　月　　日

 送付先住所（会社の場合は会社名・部課名もご記入ください）

 〒

 氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

 電話番号　　　　　　　　FAX番号

一般団法人日本ホームヘルス機器協会　　会 長　殿

注意 １．申込者は、当協会研修修了者に限るものとすること

 ２．用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること

 ３．手数料振込金領収書のコピーを裏面に貼付すること（FAXの場合は、送信）

 ※医薬品医療機器法の改正により、受講年度で管理者等の呼称が変わっています。