

【 記 入 例 】

平成 30 年度 医療機器販売・貸与管理

基礎講習 申込書
(プログラム医療機器用)

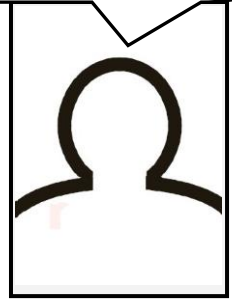
黒のボールペンを使用し、楷書で丁寧にご記入下さい
(鉛筆書き不可)。ホームページの「よくある質問」もご
覧下さい。この申込書では、プログラム以外の医療機器
の営業所管理者とはなりません。

●受講者印なし、顔写真未添付、記載漏れなどは受付できません

3ヶ月以内に撮影した、本人
写真の貼付を必ずお願い致し
ます。無帽・正面・無背景。

ご希望会場のコース名
(東京②、神奈川①等)と、
開催日のご記入をお願い致
します。

氏名、フリガナを正確に楷書でご記
入下さい。署名ではありません。
難読の場合等はお問い合わせいたし
ます。また、字体によっては印刷対
応ができず、修了証の氏名が手書き
となる場合があります。



※正確に楷書でご記入下さい。印字不可能な文字は手書きでの発行となります。

コース名(開催地) (例:東京②)	熊本①	フリガナ	ザイダン	タロウ
開催日	●月 ▲日	氏名 (楷書)	財団	太郎

生年月日は記載
必須です。

※文字は楷書とし、略字・崩し字の記載はなさないで下さい。

受講通知書は原則として
FAXでお届けしており
ます。FAX番号をご記
入下さい。

性別	生年月日(※必須・和暦)	連絡先	受講通知書の送付先FAX番号:
男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	昭和 平成 60年 2月 7日	勤務先 / 自宅	△△△-△△△-△△△△


自宅住所は、
都道府県名が
記載必須です

自宅住所	〒862-0926 ※都道府県名は必ずご記入下さい(必須)	TEL
	熊本 都道府県 熊本市中央区□□-□□	×××-×××-××××
勤務先名	株式会社 総合健康推進 ○○支部	
勤務先住所 ・電話番号	〒862-09○○	TEL △△△-△△△-△△△△

勤務先は現在お
勤めの、連絡の取
れる所在をご記
入下さい。

プログラム高度管理医療機器または
プログラム特定管理医療機器を選択。
この申込内容で修了証の区分が変わります。

【受講者 記入欄 3】以下の記入・捺印に不備や記載漏れ

申込講習種類 (該当に○)	<input checked="" type="radio"/> 1. プログラム高度管理医療機器 <input type="radio"/> 2. プログラム特定管理医療機器
私は、この講習を受講して取得した営業管理者の資格によって、プログラム 平成 30 年 ●月 ◆日 自署 署名 財団太郎 	

署名・捺印なき場合は受付ができません。
(※必ず直筆での署名をお願いします)
記載はボールペンでかまいません。

※本講習で知り得た個人情報は、本講習の関連業務以外には使用しません。