

医療機器の販売・賃貸管理者及び修理業責任技術者の継続的研修受講申込書

申込日 平成 年 月 日

社団法人 日本歯科商工協会
会長 中尾 眞 殿

※ 昨年度、日本歯科商工協会主催の継続的研修を受講され、勤務先と住所等変更のない方のみ、下記の太線枠内の氏名と希望講習会欄への記入、捺印し、お申し込み手続きができます。その際は、昨年度の継続的研修受講修了証の写しをホチキス止めにて添付が必要です。

※ 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、裏面に郵便振替払込受付証明書を貼付し、社団法人日本歯科商工協会 継続的研修委員会 運営事務局 日本歯科用品商協同組合連合会宛にご送付ください。

(フリガナ) 申込者氏名			性別	男 ・ 女	
		印	生年月日	大正 昭和	年 月 日
受講票 送付先住所	〒 _____ 都 道 府 県				
本 籍	都 道 府 県	電話番号	連絡先 TEL:	- -	
			携帯 TEL:	- -	

会社名			事業所名		
会社住所	〒 _____ 都 道 府 県				
高度管理医療機器販売・賃貸業許可番号			許可年月日	平成 年 月 日	
医療機器修理業許可番号			許可年月日	平成 年 月 日	
そ の 他	管理医療機器販売・賃貸業管理者		届出年月日	平成 年 月 日	
	安全情報管理者				

希望講習会	開催日時	会場コード	会場名
第一希望	平成 23 年 月 日		
第二希望	平成 23 年 月 日		

上記のとおり、医療機器販売・賃貸管理者及び医療機器修理業責任技術者の講習会を申し込みます。

* ここに記入いただいた個人情報は、管理者・責任技術者講習関連業務以外には使用しません。

郵便振替払込受付証明書貼付

【記入例】

医療機器の販売・賃貸管理者及び修理業責任技術者の継続的研修受講申込書

社団法人 日本歯科商工協会
会長 中尾 眞 殿

申込日を記入
申込日 平成〇〇年△△月◇◇日

忘れずに
フリガナを忘れずに
捺印を忘れずに
どちらかに〇をし、日付けを記入
どちらかに〇を

※ 昨年度、日本歯科商工協会主催の継続的研修を受講され、勤務先と住所等変更のない方のみ、下記の太線枠内の氏名と希望講習会欄への記入、捺印し、お申し込み手続きができます。その際は、昨年度の継続的研修受講修了証の写しをホチキス止めにて添付が必要です。

※ 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、裏面に郵便振替払込受付証明書を貼付し、社団法人日本歯科商工協会 継続的研修委員会 運営事務局 日本歯科用品商協同組合連合会宛にご送付ください。

(フリガナ) 申込者氏名	ニホン タロウ	性別	男 ・ 女
	日本 太郎 (日本)	生年月日	大正 〇〇年△△月◇◇日 昭和
受講票送付先住所	〒〇〇〇-△△△△ 都道府県		
本籍	都道府県	電話番号	連絡先 TEL: - -
			携帯 TEL: - -
会社名	事業所名	本社、～支店、～営業所、～出張所名等を記入	
事業所住所	〒〇〇〇-△△△△ 都道府県		
高度管理医療機器販売・賃貸業許可番号	〇〇BS△△△△号	許可年月日	平成〇〇年△△月◇◇日
医療機器修理業許可番号	〇〇BS△△△△号	許可年月日	平成〇〇年△△月◇◇日
その他	管理医療機器販売・賃貸業管理者	届出年月日	平成〇〇年△△月◇◇日
	安全情報管理者	該当する場合に記入を	

希望講習会	開催日時	会場コード	会場名
第一希望	平成 23 年△△月◇◇日	開催会場一覧表から都合の良い日時と会場及び会場コードを選び記載	
第二希望	平成 23 年△△月◇◇日		

上記のとおり、医療機器販売・賃貸管理者及び医療機器修理業責任技術者の講習会を申し込みます。

* ここに記入いただいた個人情報は、管理者・責任技術者講習関連業務以外には使用しません。