

【 記 入 例 】

医療機器 総括製造販売責任者講習
《平成 28 年度》 申込書兼従事証明書

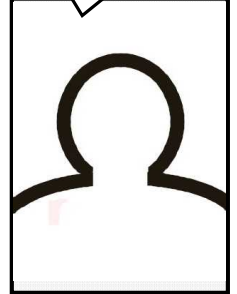
〒952-0926 熊本市中央区保田窪 1-10-38
(公財)総合健康推進財団 医療機器講習係
必要事項を全て記入・捺印後、郵送にて御申込下さい。
FAX での受付は行っておりません。
※九州支部以外へ発送をされると、受付できないことがあります。

〔注意点〕

- 証明欄(全て記載必須)の記入漏れ、写真未添付等の不備がある場合は申込の受理できません。
- 従事期間が複数の事業所にまたがる場合、本用紙をコピーして各事業所の証明を付けてください。
- 資格取得には、受講日前日までに必要な従事期間を満たすことが必要です。
- 申込区分に、必ずチェックを入れてください。
- 研修受講のお申込につきましては、開講二週間前までに必ずお申し込みください。

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。

楷書にて正確にお書きください。
振り仮名も必ずお書きください。



【 受講者記入欄 】 ※下記の記入を元に修了証を発行します。楷書にて正確に記入して下さい。

コース名 (例:東京会場)	神奈川	フリガナ	ザイダン	タロウ
開催日	2月22日・23日	氏名 (楷書)	財団	太郎
性別	生年月日	申込区分	連絡先	受講通知書の送付先FAX:
男・女	大正(昭和)平成 60年2月7日	<input checked="" type="checkbox"/> 資格取得 <input type="checkbox"/> 研修受講	勤務先 自宅	**-*-*-**
自宅住所 ・電話	〒101-0047 東京 千代田区内神田〇-〇-〇	※都道府県名は必ずご記入下さい。		TEL **-*-*-**
勤務先名	株式会社 総合健康推進 本社			
勤務先住所 ・電話	〒101-0047 東京都千代田区内神田△-△-△			

証明者記入欄はすべての項目
が必須記載事項となります。
研修受講の場合を除き、漏れ
のないようお書きください。

《証明者様 記入欄 (※全項目必須)》 以下の記入・捺印に不備や記載漏れがある場合、受付はできません。(研修受講の場合は証明不要です)

上記の者が、業務に従事した期間 (5年以上の従事経験が必要です) 昭和(平成) 21年4月 ~ 昭和(平成) 28年4月
[通算期間] 7年0ヶ月

上記の者が従事した事業所の種別(該当する番号に○)
(複数回答可) 1. 医療機器製造販売業
3. 医療機器輸入製造販売業(旧法)
※動物用の医療機器は対象外となります

上記の者が従事した事業所の業許可番号(複数の事業所に従事の場合は全て記載)
業許可番号 (〇〇BOX〇〇〇〇〇)
許可取得年月日 (S・H) 18年10月1日

上記の者が従事した業務の種別(該当に○)
1. 品質管理
2. 製造販売後安全管理
印鑑を忘れずをお願いします。
(原則、社印の角印・丸印どちらかの押印。証明者様の個人の印鑑でも可)

上記の者の従事経験は、以上のとおりであることを証明します。

【証明日】平成 28年 4月 20日
【所在地】東京都千代田区内神田△-△-△
【法人名】株式会社 総合健康推進
【証明者】[役職(必須、代表取締役など)] 代表取締役社長 [氏名] 健康 一郎

役職名は必ずご記入
下さい。証明は、
代表者もしくはそ
れに準ずる役職を
お持ちの方で願
いします。



医療機器 総括製造販売責任者講習
《平成 28 年度》 申込書兼従事証明書

送付先 : 〒862-0926 熊本市中央区保田窪 1-10-38
(公財)総合健康推進財団 医療機器講習係
必要事項を全て記入・捺印後、郵送にて御申込下さい。
FAX での受付は行っておりません。
※九州支部以外へ発送をされると、受付できないことがあります。

〔注意点〕

- 証明欄(全て記載必須)の記入漏れ、写真未添付等の不備がある場合は申込の受付ができません。
- 従事期間が複数の事業所にまたがる場合、本用紙をコピーして各事業所の証明を受けてください。
- 資格取得には、受講日前日までに必要な従事期間を満たす必要があります。
- 申込区分に、必ずチェックを入れてください。
- 研修受講のお申込につきましては、開講二週間前までは資格取得の方を優先して受付致します。

財団記入欄

顔写真を
ここに貼付

(必須)

[サイズの目安]

3cm × 4cm

枠内におさまる程度

【 受講者記入欄 】 ※下記の記入を元に修了証を発行します。楷書にて正確にご記入下さい。

コース名 (例:東京会場)	神奈川	フリガナ		
開催日	2月22日・23日	氏名 (楷書)		
性別	生年月日	申込区分	連絡先	受講通知書の送付先FAX:
男・女	大正・昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格取得 <input type="checkbox"/> 研修受講	勤務先 ・ 自宅	
自宅住所 ・電話	〒 ※都道府県名は必ずご記入下さい。 都 道 府 県			TEL
勤務先名				
勤務先住所 ・電話	〒			TEL

《証明者様 記入欄 (※全項目必須)》 以下の記入・捺印に不備や記載漏れがある場合、受付はできません (研修受講の場合は証明不要です)

上記の者が、業務に従事した期間 (5年以上の従事経験が必要です)	昭和・平成 年 月 ~ 昭和・平成 年 月 [通算期間] 年 ヶ月
上記の者が従事した事業所の 種別 (該当する番号に○) (複数回答可)	1. 医療機器製造販売業 2. 医療機器製造業 3. 医療機器輸入製造販売業 (旧法) 4. 医薬品製造業 (旧法) 5. 医療用具輸入販売業 (旧法) 6. 医療用具製造業 (旧法) 7. その他 ()
上記の者が従事した事業所の 業許可番号 (複数の事業所に 従事の場合は全て記載)	業許可番号 () 許可取得年月日 (S・H 年 月 日)
上記の者が従事した業務の種 別 (該当に○)	1. 品質管理 に関する業務 2. 製造販売後安全管理
上記の者の従事経験は、以上のとおりであることを証明します。	
【証明日】 平成 年 月 日	証明印
【所在地】	
【法人名】	
【証明者】 [役職(必須、代表取締役など)] [氏名]	