

プログラム医療機器 特別講習会  
神奈川会場 申込書 兼 学歴証明書

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  
必要事項を記入・捺印後、郵送・宅急便にて御申込下さい。  
(※FAXでの受付はしていません。)

[注意点]

- 申込者印無し、必要事項の記入漏れ、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。
- 当申込書は10月30日(木)必着にてお送り下さい。ただし、申込書到着時点で定員を越えるお申込があった場合は、先着順の受付となり、ご受講いただけないことがあります。

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)	神奈川会場	フリガナ	
開催日	11月6日・7日	氏名	印
性別	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日	連絡先 勤務先 ・ 自宅	受講通知書の送付先FAX:
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	

《学歴要件記入欄》 総括製造販売責任者及び製造業責任技術者となろうとする方のみご記入下さい。

厚生労働省令87号 114条の49第1項第2号及び 114条の53第1項第2号に基づく 学歴要件について	私は旧制中学若しくは高校又はこれと同等以上の学校で、物理学、化学、生物学、工学、情報学、金属学、電気学、機械学、薬学、医学又は歯学に関する専門の課程を修了しています。  自署 署名 _____
申込書兼学歴証明書 作成日	公益財団法人 総合健康推進財団 理事長 殿 上記によりプログラム医療機器 特別講習会を申し込みます。  平成 26 年 月 日

※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。