

# 平成29年度医療機器・販売業等の管理者に対する継続的研修 受講申込書

申込日 平成 年 月 日

フリガナ		性別	生 年 月 日		
氏 名		男・女	大正・昭和・平成	年	月 日
住 所	〒				
	電話番号	—	—	FAX	— —

フリガナ					
勤務先 名称					
勤務先 住所	〒				
	電話番号	—	—	FAX	— —

■ 受講要件の確認欄 ( ※該当する□にチェックして下さい )

<input type="checkbox"/>	基礎講習修了者 基礎講習修了証 登録番号 ( ) 基礎講習修了証 発行年月日 ( 平成 年 月 日 )
<input type="checkbox"/>	管理者講習免除者 ( 医師、歯科医師、薬剤師の資格を有するもの )
<input type="checkbox"/>	販売・賃貸管理者および修理業責任技術者兼務 <input type="checkbox"/> 修理業責任技術者

■ 許可を受けた営業所 ( ※販売許可証に記載されている名称・所在地をご記入下さい )

氏 名 (法人は名称)		営業所 の名称	
営業所の所在地			
電話番号		販売許可番号	

上記の通り、継続的研修を申し込みます。

※	所定の受講料を下記の郵便振替口座に振り込んで下さい。 口座番号 00140-2-623730 ( 昨年と同じです ) 加入者名 千葉県眼科医会
※	払込金受領証のコピーをこの枠内に貼付して下さい。
※	領収書は払込金領収書でかえさせていただきます。
※	払込手数料は、お申込み者をご負担願います。

郵送による申込書送付先 : 〒290-0056 千葉県市原市五井2541-5 麻薙眼科内  
千葉県眼科医会

FAXによる申込書送付先 : 0436-21-5587