

平成24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 年 月 日
住所	〒		
	電話	— —	FAX — —

フリガナ			
勤務先名称			
勤務先住所	〒		
	電話	— —	FAX — —

■ 受講要件の確認欄 ※該当する□にチェックしてください

<input type="checkbox"/> 基礎講習修了者 基礎講習終了証登録番号 () 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。

<p>※ 所定の受講料を下記の郵便振替口座に振り込んでください。 口座番号00140-2-623730(以前の番号とは異なります) 加入者名 千葉県眼科医会</p> <p>※ 払込金受領症のコピーをこの枠内に貼付してください。 ※ 領収書は払込金の領収書でかえさせていただきます。 ※ 払込手数料は、お申し込み者をご負担願います。</p>

郵送による申込書送付先 〒290-0056 千葉県市原市五井2541-5

FAXによる申込書送付先 麻薙眼科内 千葉県眼科医会
0436-21-5587