

平成21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

長野県眼科医会 事務局 御中

申込日 平成 年 月 日

受講票等の書類送付先 (ご希望の送付先にチェックしてください。)	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 勤務先
-------------------------------------	-----------------------------	------------------------------

フリガナ		性別	生年月日		
氏名	(印)	男・女	大正 昭和	年	月 日
自宅	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ←住所と照合するために郵便番号をご記入ください。 県				
	電話	—	—		

フリガナ					
勤務先名					
勤務先	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ←住所と照合するために郵便番号をご記入ください。 県				
	電話	—	—		

■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者)
<input type="checkbox"/> 販売・賃貸管理者及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・所在地をご記入ください。

氏名 (法人は名称)		営業所の 名称	
営業所の 所在地	県		
電話番号	—	—	販売許可番号

■日本眼科医会会員の関連施設の場合は、会員名をご記入ください。

支部名	県	会員氏名	
-----	---	------	--

以下は記入しないでください (事務局使用欄)

受講票発送	月 日	入金確認	月 日
-------	-----	------	-----