

医療機器の販売及び賃貸管理者の継続的研修
医療機器の修理業責任技術者継続的研修
修了証明書発行申込書

氏名	
自宅住所	
受講した 住所地	都道府県
受講年度	年度
受付番号	(番号が分かる方のみ記載してください)

上記により、継続的研修修了証明書の発行申請をします。

年 月 日

ご担当者情報

会社名	
部課名	
ご担当者氏名	
住所	〒
電話番号/FAX	
メールアドレス	

修了証明書送付先情報(上記と異なる場合ご記入ください)

住所	〒
氏名	
電話番号/FAX	

*一般社団法人 日本医療機器販売業協会 事務局まで送付お願いいたします
〒113-0033 東京都文京区本郷 3-39-17 KOGA ビル 4F
FAX 03-5689-7919 E-mail info@jahid.gr.jp