

2020年8月

『2020年度 医療機器販売業者等の営業所管理者等に対する継続的研修』
のご案内と申込書ご送付

団体管理者様

昨年は、継続的研修にご参加いただき、誠にありがとうございます。

本年度申込みのご案内をいたします。

受講者が増えて、申込用紙が足りない場合は、恐れ入りますが、コピーしてご利用ください。

もし、個人で申込みをされるようでしたら、こちらの申込書は、ご利用になれませんので、大変お手数ですが、破棄してください。申込書は、ホームページからもダウンロードできます。

申込み期間は、9/30(水)17:00 までです。

受講料を振込後、振込明細書と一緒に、下記番号まで FAX してください。

=====

申込書 FAX 送信先 : 03-5155-1536

=====

団体申込が WEB からできるようになりました。

ご希望でしたら、WEB から団体管理者新規登録を行ってください。

継続的研修サイトホームページ: <https://cl-keizoku.jpoffice.jp/>

その他、ご不明な点は、お気軽に受付・管理センターまでお問い合わせください。

今後とも、(一社)日本コンタクトレンズ協会継続的研修をよろしくお願い致します。



一般社団法人 日本コンタクトレンズ協会
継続的研修 受付・管理センター
TEL: 03-6205-5031
FAX: 03-5155-1536
受付時間: 平日 10:00~17:00

コンタクトレンズ販売店営業所管理者 団体管理者様

2020年度
医療機器販売等の営業所管理者等に対する
継続的研修のご案内

コンタクトレンズ
業界の方におススメ!

拝啓 コンタクトレンズの販売業及び医療機器販売業・修理業等の皆様におかれましては、時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。申込が9月1日(火)11:00～開始となります。こちらは、団体用FAX申込書になります。個人でお申込みの方は、個人用の専用申込書をダウンロードしてください。早めにお送りいただいても、受付致しませんので、申込期間をご確認の上、お申込下さい。

敬具

団体FAX申込要項>>

FAX申込期間:9月1日(火)11:00～9月30日(水)17:00

① 別シート「個人情報のお取扱について」をよくお読み下さい。

※ご入金、またはお申込の時点で、当協会の「個人情報のお取扱について」に、ご同意いただいたものとさせていただきます。

② 申込人数分の受講料をお振込下さい。受講料:6,000円/人(税込)

※振込手数料は受講者の負担となります。



■みずほ銀行 兜町支店(店番027)普通 2199876
名義:株式会社シナテックアローズJCLA継続的研修口
フリガナ:カ)シナテックアローズJCLAケイゾクテキケンシュウグチ



■ゆうちょ銀行
【銀行からゆうちょ銀行へ振込】
ゆうちょ銀行 ○一九(ゼロイチキュウ)支店 当座 0264312
名義:株)SA JCLA継続的研修口 フリガナ:カ) SA JCLAケイゾクテキケンシュウグチ
【郵便局からゆうちょ銀行へ振込】
口座記号番号 00180-7-264312
名義:株)SA JCLA継続的研修口 フリガナ:カ) SA JCLAケイゾクテキケンシュウグチ

③ 「団体管理者情報」と「人数分の受講者情報」をご記入後、「明細書」に振込明細書を貼って下さい。

ご記入いただきました「団体管理者情報」「受講者情報」と振込明細書を貼った「明細書」をセットにして、日本コンタクトレンズ協会継続的研修受付・管理センターまでFAXにてご送信下さい。

※申込期間9/1(火)～9/30(水)の間にFAXにてご送信下さい。申込期間を過ぎたものは受付できません。

※受講料はテキスト費等に充当する為、いかなる理由(病気、怪我、入院等含む)があってもご入金後の返金はできません。

送信先:日本コンタクトレンズ協会 継続的研修 受付・管理センター

FAX:03-5155-1536 ご不明点は、TEL 03-6205-5031

※振込明細書がない場合、明細書が到着して申込手続き完了となります。手続き完了までにお時間がかかりますのでご注意ください。

④ 受講セット送付

受講セットは受講日までに届くよう郵送でお送りいたします。10/19～11/20の期間内に受講してください。

※ご注意※

例年、団体申込(2名以上)と受講者ご自身による申込(Web/FAX申込)との重複申込が多発しております。受講者各位におけるお申込状況をご確認の上、お申込みをお願いいたします。

開催スケジュール>>

1	受講者	— 受講申込受付期間(Web及びFAX)	9月1日(火)～30日(水) ※1日(火)11:00より 申込受付開始
2	主催者	— テキスト・DVD等送付	10月中旬発送
3	受講者	— インターネット動画配信期間	10月19日(月)～11月20日(金)
4	受講者	— 受講報告受付締切(Web及びハガキ)	11月20日(金)
5	主催者	— 修了証の送付	12月上旬発送

一般社団法人日本コンタクトレンズ協会

医療機器販売業者等の営業所管理者等に対する継続的研修における個人情報のお取り扱いについて

一般社団法人日本コンタクトレンズ協会(以下「当協会」といいます。)は、医療機器販売業者等の営業所管理者等に対する継続的研修(以下「継続的研修」といいます。)の実施において、FAX申込される代表者(以下「お申込者」といいます。)からいただく個人情報を、以下のとおり取扱います。

1. 当協会が継続的研修の実施において取扱う個人情報

下記の個人情報を取扱います。

- (1)継続的研修にお申込みいただいた方の個人情報
- (2)当協会、もしくは当協会の継続的研修受付・管理センターにお問合せをいただいた方の個人情報

2. 個人情報の利用目的

当協会は、お申込者からいただいた個人情報を、以下の目的のために利用いたします。

それ以外の目的のために利用する場合は、改めてお申込者に通知し、同意のご確認をいただくことといたします。

- (1)継続的研修の実施のため(お申込受付、入金確認、名簿作成、修了証作成等)。
- (2)継続的研修に関するお問合せ対応時の本人確認等のため。
- (3)メール・郵便の不着等、確認事項が生じた場合、電話、電子メール等でご連絡する場合があるため。
- (4)受講料の入金が確認できなかった場合、電話、電子メール等でご連絡する場合があるため。
- (5)修了証を継続的研修開催後にお渡しすることがあった場合、郵送でお届けするため。
- (6)次年度以降の継続的研修についてのご案内を郵送、電子メール等でお届けする場合があるため。

3. 個人情報の第三者への提供

当協会は、法令による場合及びお申込者本人の同意を得た場合以外は個人情報を第三者に提供致しません。

ただし、お申込み状況・受講状況等について、個人を特定できない形で統計的に処理した情報として第三者に提供する場合があります。

4. 個人情報の任意性

お申込者よりご提供いただく個人情報の項目には必須項目と任意項目がございます。必須項目は、継続的研修の実施において必要な項目となります。任意項目についてはご提供いただけない項目があった場合、情報・サービス等の提供が一部限定される場合がございます。

5. 個人情報の取扱いの委託

当協会は、お申込者本人の同意を得たお申込者情報を以下の目的のために、当協会の厳正な管理下のもと、業務を行うのに必要最小限の範囲で、委託することがございます。

- (1)お申込受付処理のため
- (2)継続的研修受付・管理センター運営のため
- (3)名簿・修了証作成のため
- (4)お申込者へご案内情報等をお届けするため

6. 個人情報の保有方法

受講記録のお問合せ等にお応えするため、お申込者情報は電子データの形式で保有することといたします。

7. 個人情報の安全管理措置

当協会は個人情報への不正アクセス、紛失、破壊、改ざん及び漏えい等を予防するため、合理的な安全対策を講じるとともに、必要な是正措置を講じます。ただし、不正なアクセスを防止する絶対的な技術は存在しないことをご了解ください。

8. 利用目的の通知、個人情報の開示、訂正、利用停止等の求めを行う方法

お申込者は、当協会が保有するご自身の個人情報について開示を請求することができます。またその結果、必要な場合は訂正を求めることができます。その他、個人情報の利用停止、お問い合わせや苦情・相談などを申し付けることができます。当協会では、これらを受け付けた場合、合理的な範囲で適切に対応させていただきます。

9. お問い合わせ窓口

個人情報保護に関するお問合せ先は、以下の窓口となります。

一般社団法人日本コンタクトレンズ協会 継続的研修 受付・管理センター

電話：03-6205-5031 FAX：03-5155-1536

2020年度 医療機器販売業等の営業所管理者に対する継続的研修 受講会場申込書

日本コンタクトレンズ協会 継続的研修 受付・管理センター 宛

団体FAX申込専用

[FAX送信先:03-5155-1536] 【申込期間:9月1日(火)~9月30日(水)】

受講者 : 名 × 受講料6,000円送付枚数: 枚(本紙含む)振込金額: 円

団体管理者情報

■団体管理者情報をご記入下さい。

※団体管理者は継続的研修を受講されない方も構いません。

※は必須項目です。□の欄はいずれかにチェックをつけて下さい。

メールアドレス			メールアドレスお持ちの方はご記入ください
法人名(団体名)※			例:株式会社〇〇コンタクト(正式名称をお願いします)
部署			例:八重洲駅前店(正式名称をお願いします)
法人 情報	郵便番号※	<input type="text"/>	例:1234567(ハイフン無)
	都道府県※	<input type="text"/>	例:東京都
	市区町村※	<input type="text"/>	例:中央区
	番地・ビル名※	<input type="text"/>	例:中央1-2-3 中央ビル1F
	電話番号※	<input type="text"/>	例:03-000-0001(ハイフンを入れてください)
	FAX番号※	<input type="text"/>	例:03-000-0001(ハイフンを入れてください)
団体管理者氏名※	姓 <input type="text"/>	名 <input type="text"/>	
団体管理者フリガナ※	セイ <input type="text"/>	メイ <input type="text"/>	
振込名義 ※	<input type="text"/>		
振込先	<input type="checkbox"/> みずほ銀行 <input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行		
受講票受取方法	FAXで受取り ※5名以上のお申込みの場合は、郵送になりますので、予めご了承ください。		

振込明細書貼付

※振込名義をしっかりと知らせください。

※申込人数と振込金額をお間違えないようお気を付け下さい。

継続的研修 受付・管理センター(10:00~17:00受付 土・日・祝日除く)

電話:03-6205-5031

FAX:03-5155-1536

2020年度 医療機器販売業等の営業所管理者に対する継続的研修 受講会場申込書

<<こちらの用紙を受講者人数分コピーしてご使用ください。>>

団体FAX申込専用

※団体管理者も受講する場合は、こちらの用紙もご記入ください。

受講者情報

■受講者ご自身についてご記入下さい。
※は必須項目です。□の欄はいずれかにチェックをつけて下さい。

メールアドレス			
氏名※	姓	名	
フリガナ※	セイ	メイ	
生年月日(西暦)※	西暦	年 月 日	性別※ <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

自宅住所都道府県※	都・道・府・県	※修了証の発行に必要です。 都道府県のみで結構です。
法人名※		例:株式会社〇〇コンタクト(正式名称でお願いします)
営業所名※		例:八重洲駅前店(正式名称でお願いします)
営業所情報	郵便番号※	例:1234567(ハイフン無)
	都道府県※	例:東京都
	市区町村※	例:中央区
	番地・ビル名※	例:中央1-2-3 中央ビル1F
	電話番号※	例:03-000-0001(ハイフンを入れてください)
	FAX番号※	例:03-000-0001(ハイフンを入れてください)
営業所管理者	<input type="checkbox"/> 営業所管理者	営業所管理者の方はチェックお願いします。
車いす/介助	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 介助	車いすまたは、介助が必要な方はチェックお願いします。

継続的研修・受付管理センター 使用欄

--