医療機器販売業等の営業所の管理者及び

医療機器修理業の責任技術者の継続的研修

修了証明書発行申請書

令和　　年　　月　　日

(一社)日本コンタクトレンズ協会　会 長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな  修了者氏名 |  |
| 生年月日 | 平・昭・大　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 修 了 者  住 所 等 | 〒    電話番号：　　　　　　　　　FAX番号： |
| 送 付 先  住 所 等 | 〒　　　　　　　　　　　※上記住所に同じ場合は記入しないでください      電話番号：　　　　　　　　FAX番号： |
| 発行修了年度 | 平成　　　　年度分　令和　　　　年度分  平成　　　　年度分　令和　　　　年度分  令和　　　　年度分　令和　　　　年度分 |
| 領収書の宛名 | 領収書の宛名を下記に御記入下さい（領収書が適格請求書となります）  ※記載がない場合は、修了者氏名を宛名とさせていただきます。  領収書宛名： |
| 連絡事項： | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　協会FAX：03-5802-5590

上記により、継続的研修修了証明書の発行を申込みます。

注意 １．修了証明書の記載事項は継続的研修修了時の記録です。

２．**発行手数料１通につき３,０００円（税込）を事前に以下の口座に振込み頂き、振込明細書のコピーを本申請書に貼付して、ＦＡＸ又は郵送で申込み下さい。**

**振込口座：りそな銀行　本郷支店　普通　口座番号１７４０２２３**

**口座名義 (社)日本コンタクトレンズ協会　継続的研修口**

**※　振込明細書貼付欄（横に貼って下さい。）**