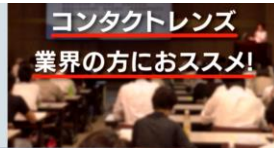


コンタクトレンズ販売店 営業所管理者様

平成30年度
医療機器販売業等の営業所管理者等に対する

継続的研修のご案内



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5月7日(月)11:00～開始となります。個人用FAX申込書をお送りいたします。本紙含め、全部で4枚となります。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

個人FAX申込要項》》

FAX申込期間:5月7日(月)11:00～6月1日(金)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「個人情報のお扱いについて」に、ご同意いただいたものとさせていただきます。

② 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。
※振込名義は、申込者ご本人のお名前でお振込み下さい。



■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 〇一九(ゼロイチキウ)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 「受講者情報」にご記入後、「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「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。申込完了後のキャンセル・受講会場変更は一切お受けできません。※申込期間5/7(月)～6/1(金)の間にFAXにてご送信下さい。申込期間を過ぎたものは受け付けできません。※受講料は会場借料等に充当する為、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 受講票受取
受講票は、受講日の1週間前までに郵送でお送りいたします。会場を確認し、研修当日必ず持参して下さい。

※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。

開催日程》》

<午前> 9:30開場/10:00～12:15講義(12:15～修了証配布)
<午後>13:30開場/14:00～16:15講義(16:15～修了証配布)

開催地	開催日程	開催会場	定員		
福岡	A	6月27日(水)	午前	アクロス福岡 4階 国際会議場	190
	B		午後		190
広島		6月28日(木)	午後	広島国際会議場 地下2階 大会議室 ダリア	240
名古屋	A	7月 5日(木)	午前	デザインホール	240
	B		午後		240
神戸	A	7月10日(火)	午前	兵庫県民会館 11階 パルテホール	120
	B		午後		120
大阪	A	7月11日(水)	午前	大阪国際交流センター 1階 大ホール	500
	B		午後		500
金沢		7月12日(木)	午後	金沢商工会議所 1階 ホール(新開催会場)	130
仙台		7月18日(水)	午後	仙台国際センター 2階 大会議室 橘	180
札幌		7月20日(金)	午後	北海道自治労会館 5F 大ホール(新開催会場)	240
東京	A	7月25日(水)	午前	日本消防会館 ニッショーホール	600
	B		午後		600
	C	7月26日(木)	午前		600
	D		午後		600

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出来ます。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

平成30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

個人FAX申込

[FAX送信先: 03-5155-1536]

送付枚数: _____ 枚(本紙含む)

【申込期間: 5月7日(月)~6月1日(金)】

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(正式名称をお願いします)
営業所名※			例: 八重洲駅前店(正式名称をお願いします)
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をお願いします。	
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をお願いします。	

選択会場※ 会場番号は「東京A、東京B、・・・」のようにご記入ください。

第一希望	会場番号	日程	月	日	AM PM	会場名
第二希望	会場番号	日程	月	日	AM PM	会場名

振込金融機関	<input type="checkbox"/> みずほ銀行 <input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行	振込日	月	日()
--------	--	-----	---	------

※受講票は、ご記入いただいている営業所情報の住所に受講日1週間前までに郵送にてお送りします。

[FAX送信先:03-5155-1536]

【申込期間:5月7日(月)~6月1日(金)】

※受講者情報と一緒に振込明細書もFAXしてください。

※受講者氏名と、振込名義が異なる場合は、振込確認が取れませんので、必ず受付・管理センターまでご連絡ください。

申込者氏名 : _____

振込明細書貼付