

「平成 30 年度医療機器の販売及び貸与営業所管理者講習会」

(高度管理医療機器等、プログラム高度管理医療機器、特定管理医療機器、プログラム特定管理医療機器、補聴器及び家庭用電気治療器の販売業及び貸与業の営業所管理者基礎講習会)

一般社団法人日本ホームヘルス機器協会

一般社団法人日本ホームヘルス機器協会が行う営業所管理者講習は、次のとおり実施しますので、内容をよく読んで受講の申込を行ってください。

1. 講習の目的

この講習会は、高度管理医療機器等（特定保守管理医療機器を含む）、プログラム高度管理医療機器、特定管理医療機器、プログラム特定管理医療機器、補聴器及び家庭用電気治療器の販売業及び貸与業の営業所管理者の資格要件の一つとして定められている基礎講習として実施するものです。

(注)

- 1) この講習会は、**新たに営業所管理者の資格を取得しようとする方を対象とする**ものです。
- 2) 平成17年4月1日以降、管理医療機器（特定保守管理医療機器を除く）を取扱う販売業者又は貸与業者は営業所ごとにその所在地の都道府県知事に販売業等の届出を、また高度管理医療機器等を取扱う販売業者又は貸与業者は販売業等の許可を受けるとともに、営業所管理者を設置しなければならないことになりました。
* 家庭用電気治療器以外の家庭用管理医療機器（家庭用磁気治療器、バイブレーター、アルカリイオン整水器等 26 品目）を取扱う販売業者又は貸与業者は営業所ごとにその所在地の都道府県知事に販売業の届出は必要ですが、管理者の設置は不要となりました。（平成 18 年度より）
- 3) 既に販売及び貸与管理者基礎講習を受講し修了証を持っている方は再度受講する必要はありません。

2. 受講資格

医療機器を販売又は貸与している事業所において販売又は貸与に関する業務に3年以上従事した者が対象です。

なお、18年度から家庭用電気治療器及び補聴器等を取扱っている販売業者等は、営業所管理者になるための従事年数は1年以上となっています。

また、プログラム医療機器のみの販売等を行う営業所管理者の基礎講習を受講する方の従事経験は不要ですが、その場合は必ず様式 1 の受講申込書の下欄余白に「プログラム医療機器」と朱記してください。

詳しい条件は必ず別図 1、別図 2「従事経験と取得できる管理者資格」等を参照してご確認ください。

注 1) 従事期間は、2以上の事業所において通算したものでもかまいません。

3. 受講免除者

本講習を受講しなくても、医療機器の種類を問わず営業所管理者の資格要件を満たす者として掲げられている者（平成 21 年 9 月 4 日薬食機発第 0904 第 1 号厚生労働省医薬食品局審査管理課医療機器審査管理室長通知）

- (1) 医師、歯科医師、薬剤師の資格のある者
- (2) 医療機器の第 1 種製造販売業の総括製造販売責任者の要件を満たす者

(3) 医療機器製造業責任技術者の要件を満たす者（「大学等で、物理学、化学、生物学、工学、情報学、金属学、電気学、機械学、薬学、医学又は歯学に関する専門の課程を修了した者」を指す）

(4) 医療機器修理業責任技術者の要件を満たす者

(5) 改正法附則第7条の規定により薬事法（昭和35年法律第145号）第36条の4第1項に規定する試験に合格したとみなされたもののうち、同条第2項の登録を受けた者

（注）過去に薬種商販売業の許可を受けていた方（申請者が法人の場合は役員または政令で定めるこれに準じる者）は登録販売者試験に合格した者とみなされ、都道府県知事の登録を受けることができます。このようにして登録を受けた方は、受講免除になります。

(6) 公益財団法人医療機器センター及び日本医科器械商工団体連合会が共催で実施した医療機器販売適正事業所認定制度「販売管理責任者講習」を修了した者

※受講免除者の詳細（必要条件・証明書類等）につきましては、都道府県や保健所等の担当窓口に、ご確認ください。

4. 講習の日程・会場・定員

講習の日程等につきましては、別記1のとおり予定しています。なお、講習の申込後に受講会場の変更はできませんので、慎重にお選びください。

5. 講習の内容

カリキュラムは、別記2のとおりです。会場により開始時間等が変わります。遅刻は認められませんので、必ず受講票を確認し、開始時間までに受付を済ませて下さい。

6. 申込に必要な書類

(1) 受講申込書(様式1)

(2) 従事年数証明書(様式2)

（注）上記書類は、一般社団法人日本ホームヘルス機器協会のホームページ（<http://www.hapi.or.jp>）から入手できます(PDF形式、Word形式)。

(3) 受講料の振込控等のコピー

7. 受講申込

受講申込書類は、郵送してください。FAXでは受付できません。

封筒には、申込書在中と朱記ください。

なお、受理した申込書類は返還いたしませんのでご了承願います。

受講申込書類(6の(1)様式1、(2)様式2)に必要事項を記入し、捺印、写真を貼付のうえ、様式1と様式2を必ずホチキス止めし、受講料の振込控等のコピー（ネットバンクなどの場合は画面印刷で可）を様式1の裏面に貼付または同封して下記事務局宛に送付してください。

(申込書送付先)

〒113-0034

東京都文京区湯島4-1-11 南山堂ビル

一般社団法人日本ホームヘルス機器協会 講習登録室

TEL: 03-5805-1910 FAX: 03-5805-6135

URL: <http://www.hapi.or.jp>

※申込書類に記入いただいた個人情報は、管理者講習関連業務以外には使用しません。

8. 受講申込締切

- (1) 受講申込受付締切は、別記1の講習の日程・会場・定員を参照ください。
- (2) 各会場とも受講申込受付後、受付順に書類審査を行い、書類に支障のない方から順に希望会場ごとに受付をし、定員になり次第受付を締め切ります。また、定員に満たない場合でも、受講日の2週間前(到着分)にて受付を終了します。万一、会場の定員を超えて受講することができない方には、次回からのご案内をします。なお、受講申込書に不備があった場合は、受付前にお返しいたします。

9. 変更、キャンセルについて

申込後の変更、キャンセルはできませんので、慎重にお申込みください。

10. 受講票の送付

受講申込書の審査後、支障のない方から受講票を郵送します。

なお、審査・登録には通常2週間程度を要します。講習開催日の1週間前までに受講票が届かない場合は、お手数ですが問合せ先に連絡してください。

11. 受講料

14,000円(消費税含む)

※テキスト代3,985円は受講料の中に含まれております。

下記の銀行又は郵便口座に振り込んでください。

請求書・領収証の発行は致しませんので、ご了承ください。

銀行名	みずほ銀行本郷支店
預金種別	普通預金
口座番号	2541647
口座名	シャ)ニホンホームヘルスキキキョウカイ

郵便口座	00120-8-558958
加入者名	一般社団法人日本ホームヘルス機器協会 講習登録室

(注) 1) 振込手数料は、お申込者側でご負担願います。

2) 受講料は、返還いたしませんのであらかじめご了承ください。

(但し、定員オーバーで受講できなかった場合のみ返還いたします。)

12. 講習修了証の交付

講習会の最後に、申込された高度管理医療機器等、特定管理医療機器、補聴器及び家庭用電気治療器等の種類によりテストを行い、一定の成績を修め、受講が修了したものとみなされた者には、受講後1週間程度で修了証をお送りします。2週間以上たっても何も届かない場合は、お手数ですが、早急にご連絡ください。

修了証の紛失、破損などには十分ご注意ください。再発行の際には手数料が必要となります。

13. 受講申込書類作成上の注意事項

次の注意事項をよく読み、記入もれ等がないように注意してください。記入もれ等がある場合は、申込書類が無効になる場合があります。確認後、様式1・様式2をホチキス止めして郵送してください。

- (1) 受講申込書（様式1の記入例を参照ください）
- ① 氏名欄は、記名捺印してください。
 - ② 受講希望日、開催地欄は、第2希望まで記入できますが、必ず出席できる日程のみご記入ください。
 - ③ 写真(3.0×2.4 cm)は、受講申込前3ヵ月以内に上半身、正面脱帽で撮影したもので、裏面には、はがれたときわかるように氏名を記載し、写真貼付欄にのりで貼付すること。(白黒写真可、スナップ写真は不可、デジカメ写真の場合は写真用紙使用のこと)
 - ④ フリガナ、捺印もれ等のないように注意してください。
 - ⑤ 受講票等の書類送付先は、受講票・修了証等の送付先となります。ご希望送付先を必ずチェックして下さい。変更があった場合は、速やかに下記「問合せ先」までご連絡ください。送付先が会社の場合は、必ず、部課名をご記入ください。宛先不明で返って来る場合があります。
 - ⑥ 申込書の氏名、生年月日は修了証に記載しますので楷書で正確に記入してください。
 - ⑦ 医療機器販売従事年数及び医療機器の種類欄は、従事年数証明書(様式2)に記載の開始日、期間等を記入し、従事経験の対象となる販売機器(複数選択可)にを付けて下さい。
 - ⑧ プログラム医療機器のみの営業所管理者基礎講習をお申込みの方は申込書下欄余白に「プログラム医療機器」と朱記してください。受講料の振込明細書等のコピー(ネットバンクなどの場合は画面印刷で可)を、受講申込書の裏面に貼付してください。

(2) 従事年数証明書(様式2の記入例を参照ください)

- ① 受講者記入欄は、記名捺印してください。
- ② 証明者記入欄の証明者は、受講者の資格要件を証明できる所属長以上の者となります。本人が事業主(経営者)の場合は、本人の証明となります。
- ③ 高度管理医療機器等の販売業の許可を得ている場合は、許可番号を記入してください。管理医療機器等の販売業の届出をしている場合は、記入不要です。
- ④ 従事年数が1年に満たない場合、記入がない場合は、ともに無効とします。
- ⑤ 従事期間は、2以上の事業所などにおいて通算したものでかまいません。
- ⑥ 従事年数が2事業所以上にわたる場合は、事業所毎に作成し、証明書記入欄に各々の証明を受けて、提出してください。但し、この従事年数証明書は基礎講習の受講に必要な従事経験を確認する目的なので、受講希望者のすべての従事経験を証明する必要はなく、受講条件を満たす期間(高度管理医療機器の場合3年以上)のみで結構です。

注) プログラム医療機器の営業所管理者資格をお申込みの場合、従事年数証明書(様式2)の提出は不要です。その場合は、申込書(様式1)下欄余白に「プログラム医療機器」と朱記してください。(通常は「プログラム高度管理医療機器」の講習修了証を発行いたします。)

14. その他

- (1) この講習会は、個人に係る資格なので、代理出席などの受講者変更は認められません。
- (2) 不正な手段又は行為を行ったと認められる受講者は、不合格とします。
- (3) 車椅子を常用されている方や聴覚等に障害のある方で、受講を希望される方は、事前に問合せ先へご連絡ください。

★ホームページから申込書類等を入手する場合について

申込書類を入手するためには当協会のホームページにアクセスし、ダウンロードして入手してください。URL : <http://www.hapi.or.jp>

13. (1), (2)の書類は、目次6. の「申し込みに必要な書類」から、PDF 形式または Word 形式を選んでダウンロードし、書類を印刷してそのまま使用してください。サイズはA4サイズ、白紙をお使い下さい。

なお、ホームページから入手できない方は、下記へお問合せください。

(問合せ先)

〒113-0034 東京都文京区湯島4-1-11 南山堂ビル

一般社団法人日本ホームヘルス機器協会 講習登録室

TEL : 03-5805-1910 FAX : 03-5805-6135

URL : <http://www.hapi.or.jp>

※ 電話での問合せは、祝祭日を除く月曜日から金曜日の午前10時~12時、13時~17時までです。

※ なお、講習の最後に行う試験の結果のお問い合わせにつきましては、お答え出来ません。ご了承ください。

講習の日程・会場・定員

会場 コード	開催 地	開催日時	施設名	定員 (名)	申込 締切日
001	東京 ①	平成 30 年 4 月 23 日(月) 9:30～17:30	日本教育会館 東京都千代田区一ツ橋 2-6-2	200	定員に なり次第
002	大阪 ①	平成 30 年 5 月 24 日(木) 10:00～18:00	エル・おおさか 大阪府大阪市中央区北浜東 3-14	140	定員に なり次第
003	東京 ②	平成 30 年 5 月 25 日(金) 10:00～18:00	国立オリンピック記念青少年総合センター 東京都渋谷区代々木神園町 3-1	180	定員に なり次第
004	愛知 ①	平成 30 年 5 月 28 日(月) 9:30～17:30	名古屋国際会議場 愛知県名古屋市熱田区熱田西町 1-1	160	定員に なり次第
005	福岡 ①	平成 30 年 5 月 29 日(火) 9:30～17:30	福岡商工会議所 福岡県福岡市博多区博多駅前 2-9-28	100	定員に なり次第
006	広島 ①	平成 30 年 6 月 5 日(火) 9:30～17:30	広島国際会議場 広島県広島市中区中島町 1-5	120	定員に なり次第
007	長野	平成 30 年 6 月 7 日(木) 9:30～17:30	長野バスターミナル会館 長野県長野市中御所岡田 178-2	80	定員に なり次第
008	神奈 川	平成 30 年 6 月 8 日(金) 10:00～18:00	かながわ労働プラザ 神奈川県横浜市中区寿町 1-4	180	定員に なり次第
009	東京 ③	平成 30 年 6 月 13 日(水) 10:00～18:00	国立オリンピック記念青少年総合センター 東京都渋谷区代々木神園町 3-1	180	定員に なり次第
010	沖縄	平成 30 年 6 月 18 日(月) 9:30～17:30	沖縄産業支援センター 沖縄県那覇市字小禄 1831-1	60	定員に なり次第
011	埼玉 ①	平成 30 年 6 月 20 日(水) 9:30～17:30	JA 共済埼玉ビル 埼玉県さいたま市大宮区土手町 1-2	200	定員に なり次第
012	鹿児 島	平成 30 年 6 月 26 日(火) 9:30～17:30	鹿児島県市町村自治会館 鹿児島県鹿児島市鴨池新町 7-4	80	定員に なり次第
013	宮城 ①	平成 30 年 6 月 27 日(水) 9:30～17:30	宮城県建設産業会館 宮城県仙台市青葉区支倉町 2-48	130	定員に なり次第
014	札幌 ①	平成 30 年 6 月 28 日(木) 9:30～17:30	北海道自治労会館 北海道札幌市北区北 6 条西 7 丁目 5-3	160	定員に なり次第

会場 コード	開催 地	開催日時	施設名	定員 (名)	申込 締切日
015	香川	平成 30 年 7 月 3 日(火) 9:30~17:30	高松商工会議所会館 香川県高松市番町 2-2-2	60	定員に なり次第
016	静岡	平成 30 年 7 月 5 日(木) 10:00~18:00	静岡県産業経済会館 静岡県静岡市葵区追手町 44-1	90	定員に なり次第
017	岡山	平成 30 年 7 月 10 日(火) 9:30~17:30	岡山商工会議所 岡山県岡山市厚生町 3-1-15	160	定員に なり次第
018	東京 ④	平成 30 年 7 月 13 日(金) 10:00~18:00	国立オリンピック記念青少年総合センター 東京都渋谷区代々木神園町 3-1	180	定員に なり次第
019	山形	平成 30 年 7 月 19 日(木) 10:00~18:00	山形県 JA ビル 山形県山形市七日町 3-1-16	80	定員に なり次第
020	新潟	平成 30 年 7 月 24 日(火) 9:30~17:30	朱鷺メッセ 新潟県新潟市中央区万代島 6-1	130	定員に なり次第
021	熊本	平成 30 年 7 月 26 日(木) 10:00~18:00	くまもと県民交流館パレア 熊本県熊本市中央区手取本町 8-9	80	定員に なり次第
022	青森	平成 30 年 7 月 30 日(月) 10:00~18:00	リンクステーションホール青森 青森県青森市堤町 1-4-1	150	定員に なり次第
023	島根	平成 30 年 8 月 1 日(水) 9:30~17:30	くにびきメッセ 島根県松江市学園南 1-2-1	90	定員に なり次第
024	石川	平成 30 年 8 月 2 日(木) 9:30~17:30	金沢商工会議所会館 石川県金沢市尾山町 9-13	90	定員に なり次第
025	栃木	平成 30 年 8 月 8 日(水) 10:00~18:00	栃木県総合文化センター 栃木県宇都宮市本町 1-8	100	定員に なり次第
026	大阪 ②	平成 30 年 8 月 9 日(木) 10:00~18:00	エル・おおさか 大阪府大阪市中央区北浜東 3-14	140	定員に なり次第
027	京都	平成 30 年 8 月 22 日(水) 10:00~18:00	京都テルサ 京都府京都市南区東九条下殿田町 70	110	定員に なり次第
028	東京 ⑤	平成 30 年 8 月 23 日(木) 9:30~17:30	日本教育会館 東京都千代田区一ツ橋 2-6-2	200	定員に なり次第
029	千葉	平成 30 年 8 月 27 日(月) 10:00~18:00	千葉市文化センター 千葉県千葉市中央区中央 2-5-1 千葉中 央ツインビル 2 号館	140	定員に なり次第

会場 コード	開催 地	開催日時	施設名	定員 (名)	申込 締切日
030	福島	平成 30 年 9 月 4 日(火) 9:30~17:30	コラッセふくしま 福島県福島市三河南町 1-20	80	定員に なり次第
031	埼玉 ②	平成 30 年 9 月 5 日(水) 9:30~17:30	JA 共済埼玉ビル 埼玉県さいたま市大宮区土手町 1-2	200	定員に なり次第
032	兵庫	平成 30 年 9 月 13 日(木) 10:00~18:00	兵庫県中央労働センター 兵庫県神戸市中央区下山手通 6-3-28	140	定員に なり次第
033	東京 ⑥	平成 30 年 9 月 20 日(木) 10:00~18:00	国立オリンピック記念青少年総合センター 東京都渋谷区代々木神園町 3-1	180	定員に なり次第
034	愛知 ②	平成 30 年 9 月 26 日(水) 9:30~17:30	名古屋国際会議場 愛知県名古屋市熱田区熱田西町 1-1	120	定員に なり次第
035	愛媛	平成 30 年 9 月 27 日(木) 9:30~17:30	松山市総合コミュニティセンター 愛媛県松山市湊町 7-5	160	定員に なり次第
036	釧路	平成 30 年 10 月 10 日(水) 9:30~17:30	釧路市観光国際交流センター 北海道釧路市幸町 3-3	60	定員に なり次第
037	福岡 ②	平成 30 年 10 月 11 日(木) 9:30~17:30	福岡商工会議所 福岡県福岡市博多区博多駅前 2-9-28	100	定員に なり次第
038	東京 ⑦	平成 30 年 10 月 23 日(火) 10:00~18:00	国立オリンピック記念青少年総合センター 東京都渋谷区代々木神園町 3-1	180	定員に なり次第
039	大阪 ③	平成 30 年 10 月 25 日(木) 10:00~18:00	エル・おおさか 大阪府大阪市中央区北浜東 3-14	140	定員に なり次第
040	札幌 ②	平成 30 年 11 月 8 日(木) 9:30~17:30	北海道自治労会館 北海道札幌市北区北 6 条西 7 丁目 5-3	240	定員に なり次第
041	広島 ②	平成 30 年 11 月 21 日(水) 9:30~17:30	広島国際会議場 広島県広島市中区中島町 1-5	120	定員に なり次第
042	宮城 ②	平成 30 年 12 月 13 日(木) 9:30~17:30	宮城県建設産業会館 宮城県仙台市青葉区支倉町 2-48	130	定員に なり次第

※ 開場（受付開始）は上記開講時間の 30 分前からとなります。

※ やむを得ない事情がある場合、日時・会場を変更する場合があります。

※ この講習内容について、各会場にはお問い合わせしないでください。

医療機器の販売及び貸与営業所管理者講習会カリキュラム

科目	時刻	時間(分)
開場(受付とテキスト配布)	9:00~9:30	30
開講挨拶	9:30~9:35	5
オリエンテーション	9:35~9:45	10
I.医療機器販売業及び貸与業に関する医薬品医療機器等法の規定 医薬品医療機器等法 " 施行令 " 施行規則 " 告示、通知など 販売業、貸与業の届出などについて	9:45~10:55	70
休憩	10:55~11:10	15
II.流通における医療機器・プログラム高度管理医療機器・特定管理医療機器・プログラム特定管理医療機器・補聴器・家庭用電気治療器等の品質確保 製造業、製造販売業 流通の現状 修理業及び保守管理・点検 中古品	11:10~12:30	80
休憩(昼休み)	12:30~13:30	60
III.関連法規 医療法 工業標準化法 電気用品安全法 製造物責任法	13:30~14:20	50
IV.医療現場における販売業及び貸与業者の役割 販売倫理と自主規制 医薬品等適正広告基準 販売のあり方	14:20~15:00	40
休憩	15:00~15:15	15
V.消費者関連法規など 消費者契約法 特商法 割賦販売法 景表法 消費者相談現状	15:15~16:45	90
休憩	16:45~17:00	15
VI.テスト(オリエンテーション含む)	17:00~17:30	30

*本講習会は全科目の受講が必要です。(労働省令により6時間以上の受講が必要)

なお、会場によりましては、開場(受付開始)9:30、開講10:00~18:00までとなりますのでご注意ください。

*やむを得ない事情で時間の変更をする場合がありますのでご了承下さい。

別図1 従事経験と取得できる管理者資格

受講者の従事経験		取得できる営業所管理者の資格 (基礎講習施行規則条項)					
分類	一般的名称等	年数	高度管理医療機器等 (第162条第1項第1号)	指定視力補正用 レンズ等 ※ (第162条第2項第1号)	特定管理医療機器 (第175条第1項)	補聴器 (第175条第1項1号)	家庭用電気治療器 (第175条第1項2号)
①	高度管理医療機器等 (特定保守管理医療 機器含む)	3年	○	○	○	○	○
※	指定視力補正用 レンズ等[コンタクトレンズ、 再使用可能な 視力補正用コンタクトレンズ、 単回使用視力補正用色付 コンタクトレンズなど	3年	×	○	○	○	○
②	特定管理医療機器 (医療機関向け管理 医療機器)	3年	×	×	○	○	○
③	補聴器	1年	×	×	×	○	×
④	家庭用電気治療器	1年	×	×	×	×	○
⑤	補聴器+ 家庭用電気治療器	1年	×	×	×	○	○

※指定視力補正用レンズ等の専門講習は協会では行っておりません。

従事経験のスタート日より取得できる資格が大きく変わります。

●経過措置により、平成18年3月31日以前から従事している人は
「医療機器の種類に係らず(ハイプレーターなども)、高度管理医療機器等の
従事年数とみなされます。」従って上表の黒い太枠部分に当たります。

●平成18年4月1日以降から従事している人は、上表の通り、取扱っていた医療機器の種類と
従事年数により取得できる資格が変わります。また、ハイプレーターや医療用物質生成器
など平成18年4月以降販売管理者の設置が不要となった医療機器を取扱っていても従事経験
に含まれません。

注意

⑥	家庭用管理医療機器 (販売管理者の設置が不要 となったもの)	管理 出 の 必 要 も 要 。
⑦	一般医療機器	管 理 出 と 者 も 。

注)プログラム高度管理医療機器の営業所管理者講習の受講には従事経験は、不要です。お申込みの際は申込書(様式1)の下欄に「プログラム医療機器」と未記してください。

別図2 管理者の資格と取扱い可能な医療機器の種類

管理者の種類	医薬品医療機器等法 施行規則の条項	取扱い可能な医療機器
高度管理医療機器等営業所管理者	第162条第1項第1号	すべての医療機器 (高度管理医療機器、指定視力補正用レンズ等、特定管理医療機器、補聴器、家庭用電気治療器、プログラム高度管理医療機器、プログラム特定管理医療機器)
指定視力補正用レンズ等営業所管理者 ※1	第162条第2項第1号	指定視力補正用レンズ等 管理医療機器 (特定管理医療機器、補聴器、家庭用電気治療器、プログラム特定管理医療機器)
プログラム高度管理医療機器営業所管理者	第162条第3項第1号	プログラム医療機器 (プログラム高度管理医療機器、プログラム特定管理医療機器)
特定管理医療機器営業所管理者	第175条第1項	すべての管理医療機器 (特定管理医療機器、補聴器、家庭用電気治療器、プログラム特定管理医療機器も含む)
補聴器営業所管理者	第175条第1項1号	補聴器
家庭用電気治療器営業所管理者	第175条第1項2号	家庭用電気治療器
プログラム特定管理医療機器営業所管理者	第175条第1項3号	プログラム特定管理医療機器
補聴器及び家庭用電気治療器営業所管理者	第175条第1項4号	補聴器及び家庭用電気治療器
※1 指定視力補正用レンズ等営業所管理者の基礎講習は当協会では行っていません。		
注) 管理医療機器であっても特定保守管理医療機器に当たるものは、高度管理医療機器等の営業所管理者の資格が必要です。 医療機器の分類(一般的名称等)に関しては、メーカーや仕入先にご確認ください。		

申込日 平成〇〇年〇月〇〇日

1. 黒又は青のボールペン使用
2. 訂正は二重線の上に訂正印(修正テープ不可)

機器協会 会長 殿

フリガナ・印鑑を忘れずに

写真貼付
3.0cm
×
2.4cm
写真の裏に
氏名記入

- ※ 受講料のお振込控えのコピーを必ず添付してください。
- ※ 申込書に不備がある場合は、受付できませんのでご注意ください。
- ※ 必ず(様式2)と併せて(社)日本ホームヘルス機器協会宛ご送付ください。
- ※ 当協会では、コンタクトレンズの基礎講習は行っていません。

※用紙は日本工業規格A4サイズ白紙 ※文字は楷書とし、略字・崩し字の使用はご遠慮ください。

(フリガナ) 申込者氏名	ユシマ タロウ 湯島 太郎 (湯島)	性別	男・女
生年月日	大正 昭和 平成	〇〇年 〇〇月 〇〇日	
受講票等の書類送付先 (ご希望の受講票等の送付先にチェックしてください。)	<input checked="" type="checkbox"/> 会社住所 <input type="checkbox"/> 現住所		
自宅住所	〒 274-0041 千葉県 市川市 ×× 2-3-4		
会社住所	〒 113 - 0033 東京都 文京区××1-2-3 ユシマビル 2F		
電話番号	直通 TEL: 03 - 1234- 5678 (内線)		
連絡先	会社・携帯・その他 (会社以外の場合右欄にご記入ください)	携帯・TEL : 090 - 1234- 5678	
医療機器の種別	様式2にて証明された医療機器に☑を付ける(複数選択可) <input type="checkbox"/> 1. 高度管理医療機器等(特定保守管理医療機器を含む。) (※ 指定視力補正用レンズ [コンタクトレンズ] のみの経験は対象外) <input checked="" type="checkbox"/> 2. 特定管理医療機器[自動電子血圧計等 (補聴器及び家庭用電気治療器を除く。)] <input checked="" type="checkbox"/> 3. 補聴器 <input type="checkbox"/> 4. 家庭用電気治療器 <input type="checkbox"/> 5. その他の医療機器(バイプレーター、アルカリイオン整水器等)		
販売数	昭和・平成 26年4月から (3年 9ヶ月)		
種類	1. 高度管理医療機器等 2. 特定管理医療機器 3. 補聴器 4. 家庭用電気治療器 5. 補聴器および家庭用電気治療器		

現住所・会社住所の両方をご記入ください。個人経営の方は会社名の箇所に(個人経営)とご記入ください。

郵便物の配達に必要な場合は、部課名まで、担当者がいる場合は担当者名までご記入ください。

日中連絡の取れる電話番号をご記入ください。

様式2の従事証明で証明された期間をご記入ください。

どの管理者資格を取得できるか確認し(別図1参照)1つに○を付けてください。

実際に販売及び貸与した医療機器に☑を付けてください。(様式2と同様)

第二希望までご記入できますが、必ず出席できる日時・場所を慎重にお選びください。

注)自動電子血圧計をお取扱いの方は、高度管理医療機器等又は、特定管理医療機器の講習を受講する必要があります。

希望講習会	開催日時	会場コード	会場名
第一希望	平成 ●●年●●月 〇〇日	0××	日本〇〇会館
第二希望	平成 年 月 日		

上記のとおり、医療機器の販売及び貸与管理者の講習を申し込みます。
*ここに記入いただいた個人情報、管理者講習関連業務以外には使用しません。

(様式1)

医療機器の販売及び貸与営業所管理者の受講申込書

1. 黒又は青のボールペン使用
2. 訂正は二重線の上に訂正印(修正テープ不可)

申込日 平成 年 月 日

一般社団法人 日本ホームヘルス機器協会 会長 殿

- ※ 受講料のお振込控えのコピーを必ず添付してください。
- ※ 申込書に不備がある場合は、受付できませんのでご注意ください。
- ※ 必ず(様式2)と併せて(社)日本ホームヘルス機器協会宛ご送付ください。
- ※ 当協会では、コンタクトレンズの基礎講習は行っていません。

写真貼付
3.0cm
×
2.4cm
写真の裏に氏名
記入

※用紙は日本工業規格A4サイズ白紙を使用 ※文字は楷書とし、略字・崩し字の使用はご遠慮ください。

(フリガナ) 申込者氏名	印	性別	男・女
		生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日
受講票等の書類送付先 (※送付先に関わらず、 自宅住所・会社住所とも 記入して下さい)		(ご希望の送付先にチェックしてください。チェックなしの場合、会社宛に送付します。)	
		→ <input type="checkbox"/> 会社住所 <input type="checkbox"/> 現住所	
自宅住所 ※(修了証記載事項の ため、必ず記入 して下さい。)	〒 _____		
会社名			
会社住所	〒 _____		
会社電話番号	直通 TEL: _____ (内線)		
日中連絡先	会社・携帯・その他 (会社以外の場合右欄にご記入ください)	携帯・TEL: _____	
医療機器販売等 の従事年数及び 医療機器の種類 (様式2の従事年数証明 書で証明されたもの)	昭和・平成 年 月から (年 ヶ月)	様式2にて証明された医療機器に <input checked="" type="checkbox"/> を付ける(複数選択可)	
		<input type="checkbox"/>	1. 高度管理医療機器等(特定保守管理医療機器を含む。) (※ 指定視力補正用レンズ [コンタクトレンズ] のみの経験は対象外)
		<input type="checkbox"/>	2. 特定管理医療機器[自動電子血圧計等 (補聴器及び家庭用電気治療器を除く。)]
		<input type="checkbox"/>	3. 補聴器
		<input type="checkbox"/>	4. 家庭用電気治療器
<input type="checkbox"/>	5. その他の医療機器(バイプレーター、アルカリイオン整水器等)		
申込講習種類 (受講資格を確認し、 受講する講習 1つに ○を付けて下さい)	1. 高度管理医療機器等 2. 特定管理医療機器 3. 補聴器 4. 家庭用電気治療器 5. 補聴器および家庭用電気治療器		

注)自動電子血圧計をお取扱いの方は、高度管理医療機器等又は、特定管理医療機器の講習を受講する必要があります。

※第二希望までご記入できますが、必ず出席できる日時・場所をお選びください。

希望講習会	開催日時	会場コード	会場名
第一希望	平成 年 月 日		
第二希望	平成 年 月 日		

上記のとおり、医療機器の販売及び貸与管理者の講習を申し込みます。

*ここに記入いただいた個人情報、管理者講習関連業務以外には使用しません。

(H30-ver1)

記入例

(様式2)

1. 黒又は青のボールペン使用
2. 訂正は二重線の上に訂正印(修正テープ不可)

従事年数証明書

(従事年数が2事業所以上にわたる場合は、事業所ごとに作成し、各々証明を受けてください。)

※受講者記入欄(必ず本人が記名捺印すること) データ印(日付印)、シャチハタ印の使用不可

現住所(自宅住所): 〒274-0041

印鑑を忘れずに

千葉県市川市 ×× 2-3-4

受講者本人の住所と氏名・生年月日を楷書で記入してください。

氏名: 湯島 太郎

湯島

大正・昭和・平成 ○○年 ○月 ○日生

※証明者記入欄(証明者記入欄の訂正には必ず証明者の訂正印が必要です。)

上記の者は、

昭和・平成 26年 4月 から 昭和・平成 29年 12月 までの 3年 9ヵ月間

名称(会社名及び

支社・営業所名等): 株式会社 湯島タロウ電気商会 東京支店 湯島

支社・営業所等の

所在地: 東京都 文京区××1-2-3 ユシマビル 2F

従事した医療機器販売及び貸与業者の名称と営業所の所在地を記入してください。

通常は従事していたことを証明できる期間をご記入ください。

申込時点では受講資格年数を満たさないが、受講日までには満たす場合、期間の終了日に受講日の年月を記入、余白に(見込み)と記入してください。

高度管理医療機器等を扱い、医療機器の販売及び貸与業の許可を得ている場合は許可番号を記入してください。それ以外の医療機器を届出をしている場合は記入不要です。

※1~5の該当する番号に☑をしてください。

(営業所等で販売等していた医療機器を選択。複数選択可。)

☑がない場合受付できません。

<input type="checkbox"/>	1. 高度管理医療機器等※(特定保守管理医療機器を含む。) ※指定視力補正用レンズ、プログラム高度管理医療機器のみの経験は対象外 許可番号:()高度の場合必ず記入
<input checked="" type="checkbox"/>	2. 特定管理医療機器 (自動電子血圧計等) (補聴器及び家庭用電気治療器をく特定管理医療機器)
<input checked="" type="checkbox"/>	3. 補聴器
<input type="checkbox"/>	4. 家庭用電気治療器
<input type="checkbox"/>	5. その他の医療機器 (バイプレーター、アルカリイオン整水器など)

取り扱った医療機器の種別に☑してください。但し、従事経験の始まりが平成18年4月以降の場合、5. その他の医療機器は、医療機器の従事経験として認められません。

の販売・貸与の業務に従事していたことを証明いたします。

平成 30年 1月 15日

名称 株式会社 湯島タロウ電気商会

所在地 東京都文京区××1-2-3 ユシマビル 2F

(役職) 取締役社長

証明者(氏名) 本郷 二郎

本郷

※証明者の役職も記入が必要。

証明者印は、社印、代表者印または証明者の認印(データ印、シャチハタ印は使用不可)

必ず、証明者(受講者の従事を証明できる所属長以上の役職者)が記入・捺印してください。

事業主[経営者]が受講される場合は、自分で自分を証明してください。

店長・支店長さんなどは、部下の証明はできますが、自分の証明はできません。

記入いただいた個人情報、管理者講習関連業務以外には使用しません。

注)自動電子血圧計をお取扱いの方は、高度管理医療機器等又は、特定管理医療機器の講習を受講する必要があります。

(様式2)

- 1. 黒又は青のボールペン使用
- 2. 訂正は二重線の上に訂正印(修正テープ不可)
- 3. 用紙はA4サイズ白紙を使用

従事年数証明書

(従事年数が2事業所以上にわたる場合は、事業所ごとに作成し、各々証明を受けてください。)

※受講者記入欄 (必ず本人が記名捺印すること) データ印(日付印)、シャチハタ印の使用不可

現住所(自宅住所): 干

氏名: _____ 印 大正・昭和・平成 年 月 日生

※証明者記入欄 (証明者記入欄の訂正には必ず証明者の訂正印が必要です。)

上記の者は、

昭和・平成 年 月 から 昭和・平成 年 月 までの 年 カ月間、

名称(会社名及び
支社・営業所名等): _____

上記支社・営業所等の
所在地: _____ において

※1~5の該当する番号に
☑をしてください。

(営業所等で販売等していた
医療機器を選択。複数選択
可。)

☑がない場合受付できません。

<input type="checkbox"/>	1. 高度管理医療機器等※(特定保守管理医療機器を含む。) ※指定視力補正用レンズ、プログラム高度管理医療機器のみの経験は対象外 許可番号:(_____) 高度の場合のみ記入
<input type="checkbox"/>	2. 特定管理医療機器 (自動電子血圧計等) (補聴器及び家庭用電気治療器をく特定管理医療機器)
<input type="checkbox"/>	3. 補聴器
<input type="checkbox"/>	4. 家庭用電気治療器
<input type="checkbox"/>	5. その他の医療機器 (バイブレーター、アルカリイオン整水器など)

の販売・貸与の業務に従事していたことを証明いたします。

平成 年 月 日

名称

所在地

証明者 (役職)

(氏名)

印

※証明者の役職も記入が必要。証明者印は、社印、代表者印または証明者の認印(データ印、シャチハタ印は使用不可)

*ここに記入いただいた個人情報、管理者講習関連業務以外には使用しません。

(H30-ver1)