

研修お申込み方法

<医療機器販売・貸与管理者 基礎講習>

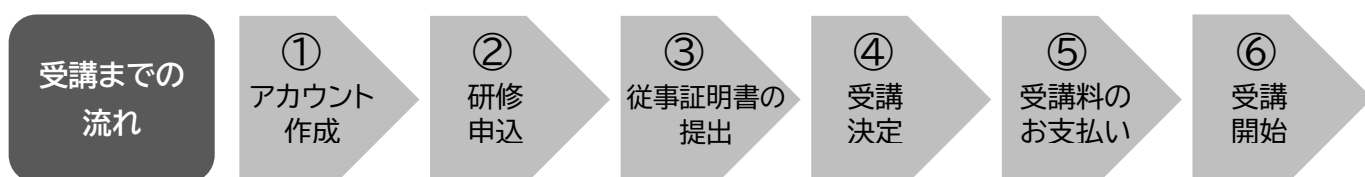
★申込によって手順が異なります。どちらか確認の上お手続きください。

団体申込

お申込みに関するデータをお送りいたしますので
受講予定人数をご記載の上、以下のメールアドレスまでご連絡ください。
entry_iryu@hokenfukushi.or.jp

受講者
本人申込

以下の手順に沿ってお進みください。



① 保健福祉振興財団 アカウント作成

1. 「医療機器販売・貸与管理者 基礎講習」のページへ入る。

<https://kensyu.hokenfukushi.or.jp/med01-001-1/>

2.  を押す。

3. 「アカウント登録情報入力」画面で必要事項を入力する。

必須 項目を入力する。

アカウント登録情報入力

※本サイトから発信されるメールが、迷惑メールフォルダに入ったり、受信拒否される場合があります。返信メールが届かない場合は、迷惑メールフォルダを確認をお願いします。

「名」、「フリガナ（メイ）」は、登録後の訂正は行えません。ご注意ください。

氏名（姓名） 必須	入力例) 財団	入力例) 太郎
氏名（セイメイ） 必須	入力例) ザイダン	入力例) タロウ
メールアドレス 必須	入力例) abcde@abcde.com	
メールアドレス（確認） 必須	入力例) abcde@abcde.com	
生年月日 必須	年 / 月 / 日	
パスワード 必須	パスワード	

初期値は「生年月日」西暦8桁です。 例) 2020/11/02 → 20201102

「名」の項目については登録後はご自身での変更ができません。お間違いのないようお願いいたします。

初期パスワードは生年月日西暦8桁で自動作成されますので **ご入力不要**です。



ご登録のメールアドレスに本サイトから発信されるメールが、迷惑フォルダに入ったり、受信拒否されたりする場合があります。可能であれば、@hokenfukushi.or.jpからのメールが受信できるよう事前に設定をお願いします。

任意 項目を入力する。

※アカウント作成時は任意でも、**研修申込時に必須となる項目**があります。(申込時に変更・追加は可能)

The image shows a registration form with various fields. Red boxes and arrows highlight specific fields as '必須' (required). The required fields are:

- 携帯電話番号 (Mobile phone number)
- 勤務先電話番号 (Employer phone number)
- 勤務先法人名 (Employer name)
- 勤務先名 (Employer name)
- 勤務先都道府県 (Employer prefecture)
- 勤務先市区町村 (Employer city/town/village)
- 勤務先番地・建物名・部屋番号 (Employer address/building name/room number)
- 自宅都道府県 (Home prefecture)
- 自宅市区町村 (Home city/town/village)

Additional notes in red boxes:

- 携帯電話番号・勤務先電話番号 (勤務先へ連絡希望の場合) ※半角・ハイフン(-)も入力
- 勤務先法人名・勤務先名 ※現在勤務していない場合「なし」と入力
- テキスト等を勤務先に発送する場合必須 ※自宅発送の場合入力不要
- テキスト等を自宅に発送する場合必須 ※勤務先発送の場合入力不要
- 自宅都道府県名 ※修了証書記載事項の為テキスト等の送付先に関わらず必ず入力!

Buttons for '検索' (Search) are present for '勤務先郵便番号' and '自宅郵便番号'. A '登録する' (Register) button is at the bottom.

4. 仮登録完了画面に移る

仮登録完了

ご入力いただいたメールアドレスに確認メールを送信致しました。(登録はまだ完了していません)
24時間以内にメール本文内の本登録用URLをクリックいただくと登録が完了致します。

※メール到着に5~10分ほどかかる場合がございます。

5. 登録したメールアドレス宛に「アカウント本登録のお願い」というメールが届きますので確認ください。本文中の URL をクリックすることで本登録が完了します。

※メールが届かない場合はご連絡ください

アカウント登録確認

登録が完了いたしました。

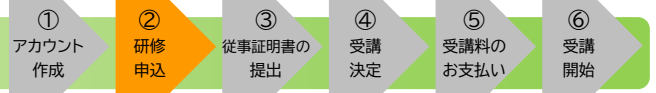
「ログイン画面へ」は押さずに
画面を一旦閉じてください



保健福祉振興財団の HP に一旦戻る

<https://kensyu.hokenfukushi.or.jp/med01-001-1/>

② 研修申込



1. [令和 8 年度販売・貸与管理者 基礎講習
お申込みはこちら](#) → [研修申込](#) を押す。

2. 作成したアカウントでログイン

※ユーザーID は・パスワードは「アカウント本登録のお願い」メールに記載しております。



ユーザーID

パスワード

[ログイン](#)

[ユーザーID/パスワードを忘れてしまった方はこちら](#)

3. 受講コース情報の確認



① 申込の前に必ずお読みください

- 本講習は、オンラインでの申込後、「従事証明書」のご作成が必要です。顔写真の貼付・証明印を捺印した原本をご郵送もしくは、スキャン（カラー）したファイルをアップロードいただくことで申込が完了します。当フォームの送信だけでは申込は完了しませんので、ご注意ください。
- 入力内容に基づき、修了証明書を発行します。「従事証明」の内容に虚偽が認められた場合、申込・受講取り消しとなりますので、予めご了承ください。また、お間違いの無い様にご確認の上、お申込みください。

② 申込・入力についてのご注意

- 英数字は、必ず半角にて入力ください。
- 送信完了後に、入力されたメールアドレスに内容確認の自動返信メールが届きますので、必ずご確認ください。
- 万が一、自動返信メールが届かない場合は、電話
- 自動返信メールが「迷惑メールフォルダ」へ振り

研修名に誤りがないか確認後
「進む >」

受講コース情報

研修名 **必須**

コース名 **必須**

[進む >](#)

4. 受講者情報の確認

1 受講コース情報 2 受講者情報 3 申込情報入力 4 連絡先・支払方法等 5 申込内容確認 6 申込完了

登録情報変更

受講者情報

登録情報をご確認ください。変更がある場合は、「登録情報変更へ」から変更を行ってください。
テキスト等の郵送先に関する情報は、任意項目でも必ずご入力ください。勤務先がない場合は、勤務先法人名・勤務先名は「なし」とご入力ください。

氏名	必須	姓、名
生年月日	必須	YYYYMMDD
メールアドレス	必須	姓、名、フリガナ、生年月日、電話番号、〒番号、都道府県、市区町村、番地、建物名、部屋番号
携帯電話番号	必須	03-XXXX-XXXX
勤務先電話番号	任意	03-XXXX-XXXX
自宅電話番号	任意	03-XXXX-XXXX
勤務先法人名	必須	株式会社、有限会社、個人事業主、フリーランス
勤務先名	必須	株式会社、有限会社、個人事業主、フリーランス
勤務先郵便番号	任意	〒XXXX-XXXX
勤務先都道府県	任意	都道府県
勤務先市区町村	任意	市区町村
勤務先番地・建物名・部屋番号	任意	番地、建物名、部屋番号
自宅郵便番号	任意	〒XXXX-XXXX
自宅都道府県	必須	都道府県
自宅市区町村	任意	市区町村
自宅番地・建物名・部屋番号	任意	番地、建物名、部屋番号

・変更があれば「登録情報変更へ」
・変更がなければ「進む >」

登録情報変更へ

< 戻る 進む >

5. 申込情報入力

従事証明について資格区分を選択ください。

1 受講コース情報 2 受講者情報 3 申込情報入力 4 連絡先・支払方法等 5 申込内容確認 6 申込完了

登録情報変更

従事証明

これまでに従事した事業所（店舗等）の許可証（または届出書）をご確認の上、医療機器の販売又は貸与に関する業務に従事した期間及び取り扱った医療機器の種類をご入力ください。

取得したい資格区分

資格区分 必須

高度管理医療機器等

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

補聴器

家庭用電気治療

・今回取得したい区分を選択ください

6. 事業所情報を入力ください。

医療機器の販売又は貸与に関する業務に従事した事業所情報

医療機器の販売または貸与に関する業務に従事した事業所情報
※これまでに従事した事業所の情報を全てご入力ください。ただし、同一法人で取り扱いの医療機器の種類が同じ場合のみです。
 別法人の場合、または同一法人でも取り扱いの医療機器の種類が異なる場合は、別途「別法人または別種類を追加」からご入力ください。

I

会社名 必須

支店、店舗名等 必須

住所 必須

xxx-xxxx形式の半角数字で入力してください。

熊本県

熊本市中央区保田産

1-10-38

従事経験
同一法人の複数事業所（店舗等）での従事期間は合算してご入力ください。
 なお、「高度管理医療機器等」をお取り扱いの場合には、直近の事業所の許可番号をご入力ください。

種類 必須

- 1. 高度管理医療機器等（特定保守管理医療機器を含む）
※指定視力矯正用レンズ等、プログラム高度管理医療機器は除く
- 2. 特定管理医療機器（医療機関向け管理医療機器、補聴器及び家庭用電気治療器を除く）
- 3. 補聴器
- 4. 家庭用電気治療器
- 5. 平成18(2006)年3月以前に医療機器のお取り扱いがある場合

事業所許可番号 任意

上記種類にて「1. 高度管理医療機器等（特定保守管理医療機器を含む）」を選択した場合は必須

II

期間 必須 ~

期間（通算）：年数 必須

期間（通算）：月数 必須

※1ヶ月に満たない日数は月数に含めないでください。

III

証明者情報
本申込フォームを入力・送信後に印刷された『申込書兼従事証明書』には、必ず証明者の記入・証明印の捺印が必要です。
 証明者の記入・捺印が無い場合は、受付ができませんので送付前にご確認ください。

証明日 任意

所在地 任意

会社名 任意

証明者役職 任意

証明者氏名 任意

従事した事業所が複数ある場合はそれぞれ証明いただきます。必要な場合はページ下部の追加ボタンから欄を増やして入力ください。

取得したい区分の従事経験、期間など条件を満たしているか確認した上で選択ください。

2006年3月以前の経験を含む場合は

1.高度管理医療機器等は必須

証明者情報は入力時点で不明の場合はそのままお進みください。

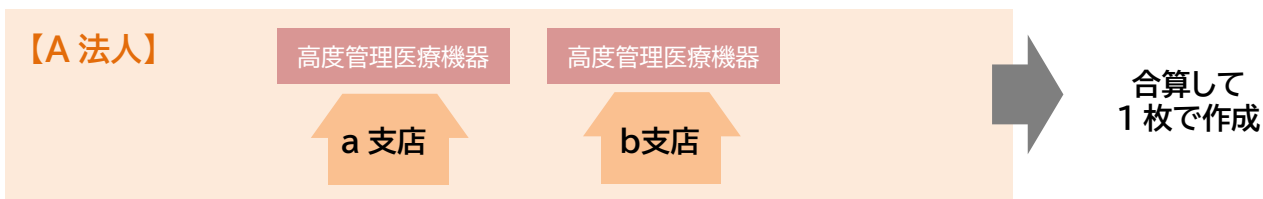
原則は法人の代表者
 難しい場合は
 エリア長もしくは部長職以上

別法人の場合、または同一法人でも取り扱いの医療機器の種類が異なる場合は、以下から追加でご入力ください。

従事証明が別法人や、同一法人でも取り扱いの医療機器の種類が異なる場合は、追加ボタンから欄を増やしてそれぞれ入力・証明ください。
 ※次ページ パターン別例を参考ください。

【パターン別例】

従事経験が同一法人で取扱い機器の種類も同じ場合(勤務先の店舗等は変わっていても OK)



- I 直近の事業者情報を記入
- II 合算の期間を記入
- III 現在証明できる立場の方の情報・捺印

従事経験が同一法人で取扱い機器が複数種類にまたがる場合



- | 直近の取扱い機器の従事情報 | 以前の取扱い機器の従事情報 |
|-----------------------|---|
| I 直近の事業者情報を入力 | I 直近の事業者情報を入力 |
| II 直近の取扱い機器の従事期間を入力 | II 以前の取扱い機器の従事期間を入力 |
| III 現在証明できる立場の方の情報・捺印 | III 以前の従事証明ができる立場の方の情報・捺印
※代表者や準ずる役職であれば在任の方の印で OK |

従事経験が複数の法人である場合



- | 直近の事業者の情報 | 以前の事業者の情報 |
|-----------------------|---------------------------|
| I 直近の事業者情報を入力 | I 以前の事業者情報を入力 |
| II 直近の従事期間を入力 | II 以前の従事期間を入力 |
| III 現在証明できる立場の方の情報・捺印 | III 以前の従事証明ができる立場の方の情報・捺印 |

7. 連絡先・テキスト等送付先・支払い方法の確認

1 受講コース情報

2 受講者情報
登録情報変更

3 申込情報入力

4 連絡先・支払方法等

5 申込内容確認

6 申込完了

連絡先・送付先
連絡先、送付先でエラーが出る場合は、下部の「< 戻る」を押し、「②受講者情報」で必要項目に入力漏れがないかご確認ください。

連絡先 **必須** 携帯電話番号

送付先 **必須** 勤務先

支払方法
支払方法を選択してください。

支払方法 **必須** コンビニ払い

支払コンビニ **必須** ローソン

補足事項

備考
備考を入力

補足事項があれば入力ください

氏名等に機種依存文字・旧漢字体があった場合の補足説明をご入力ください。
この備考欄に、ご質問等をご入力いただきましても、お答えできませんのでご了承ください。電話等で直接お問い合わせください。

ご確認・ご了承事項

個人情報の取り扱い
当財団における個人情報の取り扱いについては、**個人情報保護方針**をご確認の上、同意いただけましたら

「個人情報の取り扱い」に同意する

< 戻る

申込内容確認へ >

「連絡先」・テキスト等の「送付先」を選択してください。
エラーとなる場合は必要な受講者情報が不足している可能性があります。
「 < 戻る 」ボタンで②受講者情報画面に戻り「登録情報変更へ」から修正をお願いします。

コンビニ払いとなります。
ご希望のコンビニをお選びください。

個人情報保護方針をクリックして内容確認後、「個人情報の取り扱い」に同意するに☑を入れて「申込内容確認へ > 」

8. 申込内容を確認し、問題なければ「 申込を行う > 」で申込み

9. 申込受付完了

完了後、「研修申込完了通知」のメールが届きます。★(注意)

※届かない方は一度迷惑メールフォルダをご確認のうえ、解決しない場合はご連絡ください。

1 受講コース情報

2 受講者情報
登録情報変更

3 申込情報入力

4 連絡先・支払方法等

5 申込内容確認

6 申込完了

研修へのお申込みを受けました

この度は「**研修申込完了通知**」のメールが届きました。ご確認をお願いいたします。

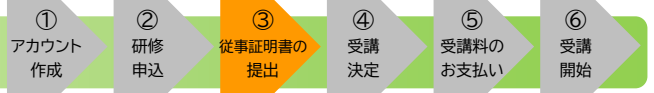
研修受講は、受講料のお支払いをもって確定となります。
自動返信メールでお送りしております。ご案内に沿って受講料のお支払いをお願いいたします。
申込フォームを送信後、5分以内に自動返信メールが届かない場合は、直接、お電話等でお問い合わせください。
自動返信メールが「迷惑メールフォルダ」へ振り分けられるケースがあります。お問い合わせ前にご確認ください。

お申し込み内容は、受講者マイページから確認いただくことができます。

マイページへ移動する

★まだお手続きは途中でです。
この後の「従事証明書」のご提出をもって完全にお申込完了となります。
マイページボタンより画面遷移ください。

③ 従事証明書の提出



1. マイページの「ダウンロード&アップロード」から従事証明書をダウンロードする。



2. ダウンロードした従事証明書を印刷し、本人写真貼付、証明印捺印、空欄があれば記入する。

【従事証明書見本】

確認ポイント

- ① 受講者本人がわかる写真
- ② 入力した内容に間違いがないか確認
- ③ 従事証明欄。入力時に未入力だった方や空欄がある場合は手書きで全ての欄を埋めてください
- ④ 証明印

※会社の代表者印、角印、証明者の認印の

いずれかで捺印ください

※データ印・シャチハタ不可

3. 2 で作成した従事証明書をアップロードまたは郵送にて提出する。

【アップロードの場合】

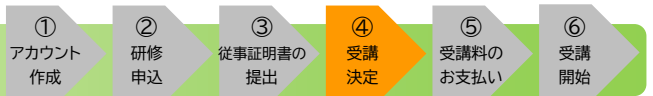
- ・2 で作成した従事証明書をスキャンしpdfデータにする。※内容が確認できる解像度で作成ください。
- ・マイページの「ダウンロード & アップロード」からアップロードする。

【郵送の場合】

・2 で作成した従事証明書を以下の住所まで送付ください。

〒862-0926 熊本市中央区保田窪 1-10-38 保健福祉振興財団 医療機器講習係 宛

④受講決定



申込書・従事証明書を審査し、受講決定の通知をメールにてお知らせします。

※届かない方は一度迷惑メールフォルダをご確認のうえ、解決しない場合はご連絡ください。

⑤受講料のお支払い



1. 以下のアドレスよりマイページへログインください。

<https://hokenfukushi.study.jp/>

2. ログイン後、「マイページ」に移動し、「受講決定通知書発行」ボタンより「受講決定通知書」・「お支払いのご案内」をダウンロード（pdfデータ・各1枚）

申込ステータス	申込日時	開講期間	研修・コース名	従事証明書	入金ステータス
□ 受講決定	2026/03/03 19:47	2026/04/01(水)~ 2027/03/31(水)			未入金

3. ダウンロードした「お支払いのご案内」に記載の
 <ご請求情報>を元にお支払いをお願いします。
 ※領収証についてやお支払い方法など詳細についてもご確認ください。

<ご請求情報>

支払先	コンビニ払い
支払金額(受講料)	円 (うち消費税 10% 円)
支払番号(コンビニ払いの場合)	
支払期日	2026年04月02日
請求日/登録番号	2026年03月03日/1

4. お支払後「入金ステータス」が“入金”となりましたら下記より領収証発行が可能です。

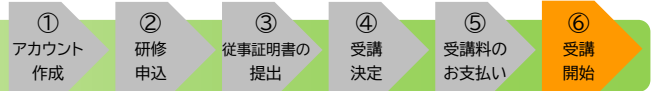
マイページ 学習

申込研修一覧

受講決定通知書発行 領収書発行

申込 ステータス	申込日時	開講期間	研修・コース名	従事証明書	入金 ステータス
<input type="checkbox"/> 受講決定	2026/03/03 19:47	2026/04/01(水)~ 2027/03/31(水)			未入金

⑥受講開始



ご入金確認後、順次テキスト発送を行います。

テキストがお手元に届きましたら、以下 e ラーニングの学習サイトより受講開始をお願いします。

<https://hokenfukushi.study.jp/>

【 受講中の受講者情報の変更について 】

マイページの「登録情報 > 」より変更ください。

※氏名の名の項目(漢字・カナ)のみご自身での変更不可です(姓は可能)。

マイページ 学習

申込研修一覧

受講決定通知書発行 領収書発行

申込 ステータス	申込日時	開講期間	研修・コース名	従事証明書	入金 ステータス
<input type="checkbox"/> 受講決定	2026/03/04 09:20	2026/04/01(水)~ 2027/03/31(水)			未入金

登録情報 >

当財団のホームページはこちら
 一般財団法人 保健福祉振興財団



変更がある場合は受講修了前に変更ください。

修了後の変更は修了証には反映されませんのでご注意ください。