

# 従事証明欄の申込フォーム入力例

## 従事証明

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。複数事業所（店舗等）での従事経験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。  
複数法人での従事経験を入力いただく場合、申込フォーム（従事証明のみ）にて入力・送信を行ってください。

### 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

会社名	必須	保健福祉振興財団
支店、店舗名等		熊本支部
住所	必須	〒 862-0926 ※半角数字にて入力ください（ハイフンは有無どちらでも可）。自動で都道府県・市区町村が入力されます。 熊本県 熊本市中央区保田窪 1-10-38

同一法人で複数事業所での従事経験がある場合は、**直近の店舗の情報**をご入力ください。  
※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、別途従事証明書が必要です。  
(例: 高度管理医療機器を取り扱いの店舗、特定管理医療機器を取り扱いの店舗で従事経験がある場合など)

### 従事経験

種類	必須	<input checked="" 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等、プログラム高度管理医療機器は除く。 <input type="checkbox"/> 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療器） <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（家庭用管理医療機器、一般医療機器） ※平成18(2005)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		第XXXXXXX号 ※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
期間（開始）	必須	西暦 2021 年 4 月
期間（終了）	必須	西暦 2024 年 3 月
期間（通算）	必須	3 年 0 ヶ月 ※従事期間については、申込日前日までに満たす必要があります。

取り扱っていた医療機器の種類を選択してください。

「5. その他の医療機器（家庭用管理医療機器、一般医療機器）」は**平成18(2006)年3月以前に従事経験がない場合は選択いただけません**。詳細は、当財団HP「講習詳細」の『施行日(平成18年4月1日)以前または施行日をまたぐ場合の経過措置のルール』をご確認ください。

**「1. 高度管理医療機器等」を選択した場合のみ**ご入力ください。許可番号は、自治体の保健所等から発行される許可証に記載されています。

同一法人、同一種類の医療機器取り扱いの場合で**複数事業所での従事経験は合算して**ご入力ください。  
”期間（終了）”は、証明日より先の月は入力しないようお願いいたします。

### 証明欄

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	西暦 2024 年 4 月 1 日
所在地	熊本市中央区保田窪1-10-38
会社名	保健福祉振興財団
証明者役職	理事長
証明者氏名	中村 勇久

入力は必須ではありませんが、**入力されない場合は、全項目手書き等で記載が必要**です。証明者は、原則、企業の代表の方をお願いをしていますが、全ての従事期間において、受講者に対して人事権のある方（部長、エリア長など）でも結構です。

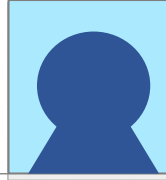
# 申込書兼従事証明書の確認事項及び訂正の方法

令和6年度 医療機器販売業・貸与業 営業所管理者

送信日時：2024-10-01 14:57

## 基礎講習〈eラーニング〉 申込書兼従事証明書

送付先及び確認事項	〒862-0926 熊本県熊本市中央区保田窪1-10-38 一般財団法人 保健福祉振興財団 医療機器講習係 <input type="checkbox"/> 【証明者様 記入欄】の項目がすべて誤りなく記入されており、証明者の捺印がある。 <input type="checkbox"/> 顔写真が貼ってある。
-----------	---



写真貼付(カラー)  
※写真ではなく紙に印刷した物を貼り付けても可

### ◆受講者情報

氏名(フリガナ)	財団 太郎 (ザイダン タロウ)	生年月日	1980年1月1日
連絡・書類送付先	勤務先	FAX番号	
自宅住所	〒862-0926 熊本県熊本市中央区XXXX-X-X		
携帯電話番号	096-213-1600		
Eメール	ono_t@hokenfukushi.or.jp		
勤務先名	保健福祉振興財団		
勤務先住所	〒862-0926 熊本県熊本市中央区保田窪	1-10-38	
勤務先電話番号	096-213-1600		
受講料支払い方法	ファミリーマート、ローソン、ミニストップ、セイコーマート		

「◆受講者情報」に訂正がある場合は、受講者の認印で訂正印をご捺印の上、正しい内容をご記載ください。

### 【従事証明】

※以下の項目は、すべて記入必須です。必ず、従事している(していた)会社の代表者(証明者)に証明をお取りください。不備や記載漏れがある場合は、受け付けできません。

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	会社名	保健福祉振興財団
	支店、店舗名等	熊本支部
	住所	〒862-0926 熊本県熊本市中央区保田窪1-10-38
実際に取り扱っていた医療機器の種類	1. 高度管理医療機器等(特定保守管理医療機器を含む) 【高度管理医療機器等 事業所許可番号】第XXXXXXX号	
上記の医療機器の販売又は貸与に関する業務に従事した期間	2021年4月 ~ 2024年3月 【従事期間(透算)】 3年0ヶ月を満たす	

「【従事証明】」に訂正がある場合は、証明者の印で訂正印をご捺印の上、正しい内容をご記載ください。

上記の者の従事経験は、以上のとおりであることを証明します。

※証明内容に虚偽が含まれる場合、修了は取り消されます。証明日の記載がない場合、送信日時(写真添付場所の上部に記載)を証明日とします。

証明日	2024年4月1日	証明印
所在地	熊本市中区(代表印) 東京都千代田区紀尾井町3番12号 紀尾井町ビル5階502号室	
会社名	保健福祉振興財団	
証明者役職	理事長	
証明者氏名	中村 勇久	

全ての項目が入力・記載(印かんでも可)されていること及び証明印の押印漏れがないかご確認ください。

※このお申込みで知り得た個人情報、医療機器講習関連業務以外には使用しません。※証明印は、日付印(データ印)・透透印(シャチハタ等)・ゴム印は受付不可。