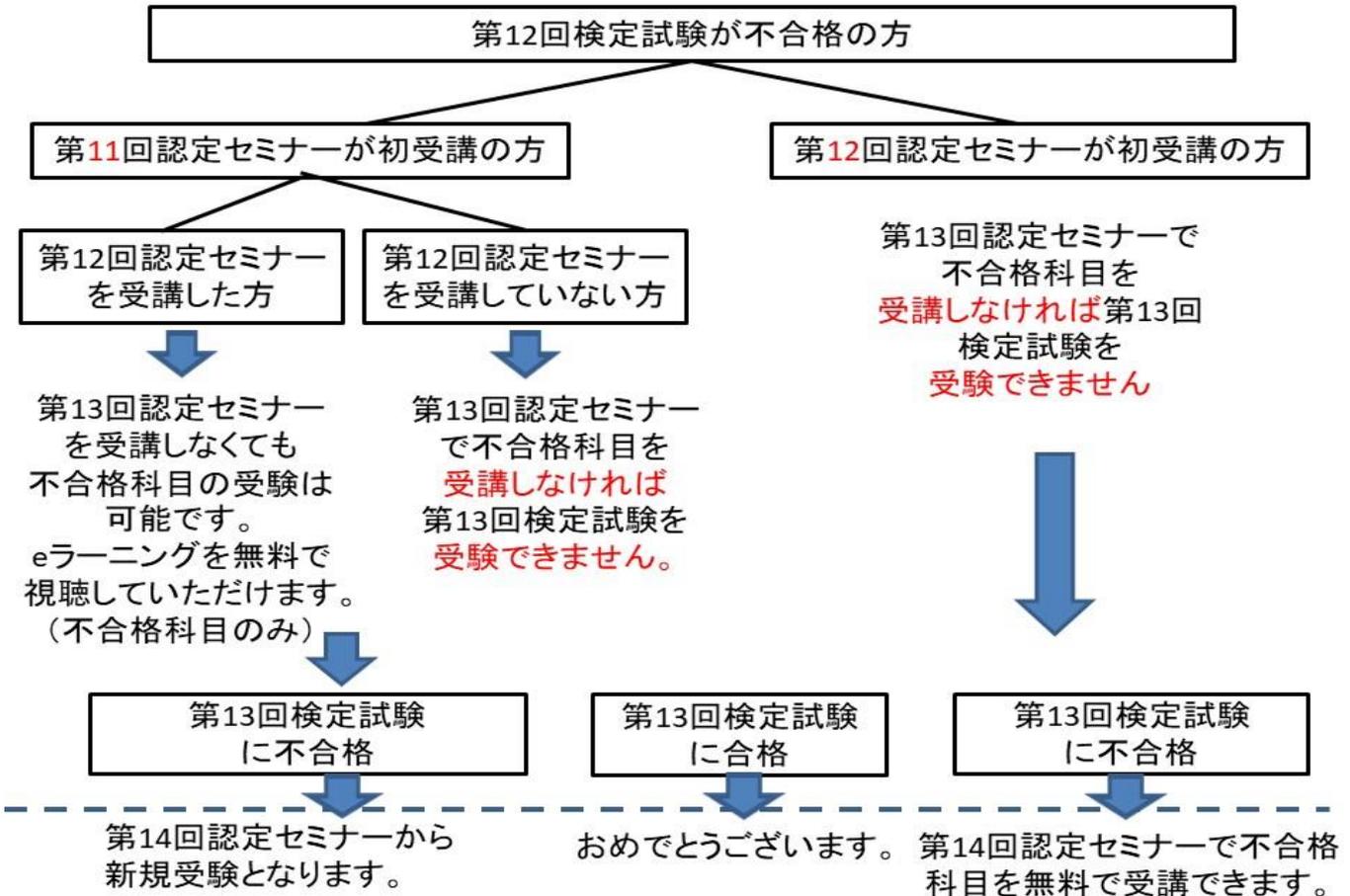




# 2020年度第13回認定セミナー（eラーニング） 再受講（検定試験不合格の方）のご案内

## MDIC 認定セミナーと検定試験の概要

第12回検定試験が不合格だった方（未受験・欠席を含む）の受講・受験の流れは下記の図のようになります。  
下記の図を参照下さい。



### ● 認定セミナー受講料

1科目につき5,500円（税込）です。[テキスト代を含みます。]

スライドレジメを希望される場合は、別途2,000円（税込）をいただきます。

### ● 受講申込方法と締切日（お申込み方法は以下のどちらかの方法となります）

① 学会HPからのお申込み（9月1日 23:59締切）<http://www.jsmi.gr.jp/dai13kai-elearning-form-sai/>

② 申込書に記載後郵送またはFAX（9月1日 学会事務局必着）

受講申込受付が完了した方へは、受講申込書へご記入いただきましたアドレスへ、受講ページのURLとログインIDとパスワード（期間限定）をご連絡いたします。eラーニングの受講期間は9月16日～11月16日です。

### ● MDIC 認定セミナー（eラーニング）申込みの流れ

受講料お振込み後に、受講料納入の振込票の控え（HPからの場合は画像ファイル添付、郵送の場合はコピー可）を貼付の上お申込みください。納入された受講料は理由の如何に関わらず、ご返金いたしません。

### ● 検定試験について

試験日：全国統一で2021年1月10日（日）を予定しております。

新型コロナウイルス感染拡大の状況により、試験実施予定日に開催できない場合、試験実施日の延期、試験開催方法変更などをする場合があります。

## 第 13 回 MDIC 認定セミナー (e ラーニング) 再受講の申し込み方法

● 申し込み先 (お問い合わせ先)

一般社団法人日本医療機器学会 MDIC認定セミナー事務局 (担当: 桑原・大石)  
〒113-0033 東京都文京区本郷3-39-15  
電話 03-3813-1062 FAX 03-3814-3837  
<http://www.jsmi.gr.jp> e-mail: [mdic@jsmi.gr.jp](mailto:mdic@jsmi.gr.jp)

受講料  
振込票控貼付欄  
(コピー可)

● お申込み方法は以下のどちらかの方法となります。

- ① 学会 HP からの申込み <http://www.jsmi.gr.jp/dai13kai-elearning-form-sai/>
- ② 下記申込書に記載後、FAX か郵送にてお申込み

● 受講料振込先 (口座名義: 一般社団法人日本医療機器学会 MDIC 認定委員会)

- ・ゆうちょ銀行 00180-4-429165
- ・みずほ銀行 本郷支店 普通口座 2722692 のどちらかにお振込ください。

----- 切り取らずにご利用下さい -----

### 第 13 回 MDIC 認定セミナー (e ラーニング) 再受講申込書

第 12 回検定試験	該当にチェックをおつけください <input type="checkbox"/> 初受験 <input type="checkbox"/> 再受験		
(フリガナ)			
受講者氏名			
勤務先名		部署名	
勤務先住所	〒 -		
電話番号	( )	FAX番号	( )
E-mail <sup>注)</sup> (必須)	@		
	注1: 明瞭に記載ください。特に - (ハイフン) と _ (アンダーバー)、数字の0 (ゼロ) と英字O (オー) にはご注意ください。注2: 記載頂きました E-mail はログインID とパスワードの通知に使用させていただきます。		
職 種	該当にチェックをおつけください <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 病院事務職員 <input type="checkbox"/> 教員・研究者 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> メーカー <input type="checkbox"/> ディーラ <input type="checkbox"/> その他の関連企業		
受講科目	受講する科目にチェック(✓)をおつけください <input type="checkbox"/> 医療概論 <input type="checkbox"/> 臨床医学 <input type="checkbox"/> 臨床工学 <input type="checkbox"/> 医療情報 <input type="checkbox"/> レジューメ集 (希望の場合)		
希望 する 試験 会場	第一希望	札幌・仙台・東京・名古屋・大阪・岡山・福岡 ※希望者数が少ない会場では、開催いたしません。ご了解の程お願いいたします。	
	第二希望	札幌・仙台・東京・名古屋・大阪・岡山・福岡 ※希望者数が少ない会場では、開催いたしません。ご了解の程お願いいたします。	
備 考	テキストの送付先にご自宅を希望される場合は下記に住所を記載してください。 〒 -		

注) 受講のためIDとパスワードは e-mail にてご通知いたします。郵送での通知はいたしません。