

公益社団法人日本眼科医会推奨眼鏡店制度 申請フォーム

syk.kmr615@gmail.com [アカウントを切り替える](#)



共有なし

* 必須の質問です

◆この公益社団法人日本眼科医会推奨眼鏡店制度申請にあたって、以下のものをお手元にご用意ください。

1. 申請店舗の日本メガネ協会店舗会員登録番号
2. 所属する眼鏡作製技能士（日本メガネ協会のリカレント教育を継続的に受講していること）の日本メガネ協会の登録番号
3. 同眼鏡作製技能士の技能士番号（厚労大臣または眼鏡技術者協会会長発行の証書に記載された番号）

◆申請から推奨証の交付まで、約6か月かかる場合があります。

◆申請から6か月以上経っても推奨証が届かない場合は、「日本メガネ協会」へお問い合わせください。

この制度は日本眼科医会が主体となって行う制度であり、その運用に関しては日本眼科医会と日本メガネ協会が協力して行うものとする。

申請する眼鏡店の眼鏡作製技能士について

誓約内容 *

下記の事項を確認し、チェックを付けてください。

確認した

次の事項につき、一般的な知識を有していること

☐

眼の状態〈眼病・目の動き・視力〉が疑わしい場合の眼科専門医への速やかな紹介および眼鏡処方箋による眼鏡調整を行う。

☐

幼児・学童に対する眼科専門医への紹介および眼鏡処方箋による眼鏡調整を行う。

☐

遠用若しくは近用眼鏡を初めて作製する者の眼科専門医への紹介、検診の推奨を行う。

☐

医行為、疾病等の診断に関する行為及びそれらに類する行為を行わない。

☐

犯罪又は不正の行為を行わず、推奨眼鏡店としての品位を損なう行為を行わない

☐

自社のホームページ及び広告媒体等で医行為、疾病等の診断に関する行為及びそれらに類する行為を行っている旨の記載を行わない

☐

医行為、疾病等の診断に関する行為及びそれらに類する行為を行う資格があるかのような誤認・混同を招く態様で海外の資格を表示しない（海外の資格を表示する場合は、医行為、疾病等の診断に関する行為及びそれらに類する行為が行えないことを明記する）

☐

眼鏡店の経営母体が暴力団、暴力団関係企業、総会屋若しくはこれらに準ずる者又はその構成（以下総称して「反社会的勢力」という）ではなく、かつ、眼鏡店の従業員が反社会的勢力または反社会的勢力に自己の名義を利用させる者でない

☐

私は、公益社団法人日本眼科医会推奨眼鏡店制度の申請にあたり、上記の内容を誓約します。また、上記の内容を逸脱した場合、推奨を取り消されても申し立てず、了承いたします。

☐

眼鏡作製技能士氏名（誓約内容を承諾した者） *

回答を入力

眼鏡作製技能士氏名（ふりがな） *

回答を入力

眼鏡作製技能士メールアドレス *

回答を入力

日本メガネ協会会員登録番号 *

回答を入力

厚労大臣または日本眼鏡技術者協会会長発行の技能士証書にある番号 *

回答を入力

眼鏡作製技能士等級 *

選択



眼鏡作製技能士 取得年 *

回答を入力

次へ

フォームをクリア

申請する眼鏡店舗について

下記の事項を確認し、チェックを付けてください。 *

確認した

一般社団法人日本メガネ協会小売店会員である

☐

一般社団法人日本メガネ協会の会員であり、リカレント教育を継続して受けている
眼鏡作製技能士が1名以上在籍している

☐

眼科医療機関と綿密に連携を取っている

☐

日本眼科医会会員の眼科医療機関からの推薦がある

☐

眼鏡作製技能士・店舗の管理について責任を負う者(店舗管理責任者)が「誓約内容」を同意している

☐

次の内容につき了解している

☐

上記項目のいずれかを満たさなくなった場合には、1か月以内に所轄都道府県眼科医会と日本メガネ協会を経由して届け出ること

☐

企業倫理・コンプライアンスに違反した場合は、日本眼科医会は推奨を取り消すことがあること

☐

上記の全てに適合しているので、日本眼科医会会員の眼科医療機関の推薦があり、届け出します。

☐

届出年月日 *

日付

yyyy/mm/dd

眼鏡店店舗名（日本メガネ協会の登録店舗名） *

回答を入力

企業名及び代表者氏名（個人事業の場合はその氏名） *

回答を入力

店舗 郵便番号 *

回答を入力

店舗 都道府県 *

選択



店舗住所（市区町村 番地） *

回答を入力

店舗電話番号 *

回答を入力

店舗FAX番号

回答を入力

店舗メールアドレス

回答を入力

申請店舗の日本メガネ協会店舗会員登録番号 *

回答を入力

※下記以降の項目は、眼鏡作製技能士と店舗管理責任者が異なる場合にご記載ください

店舗管理責任者氏名（誓約内容を承諾した者）

回答を入力

店舗管理責任者氏名（ふりがな）

回答を入力

店舗管理責任者の役職名

回答を入力

店舗管理責任者電話番号

回答を入力

店舗管理責任者FAX番号

回答を入力

店舗管理責任者メールアドレス

回答を入力

申請する眼鏡店の本部管理者について（申請する眼鏡作製技能士と同一人物の場合、入力不要、チェーン店等で異なる場合にご記載ください。）

☐ 申請にあたり誓約内容を確認し、また、誓約内容を逸脱した場合、推奨を取り消されても申し立てず了承いたします。

法人名

回答を入力

本部管理者氏名（誓約内容を承諾した者）

回答を入力

本部管理者氏名（ふりがな）

回答を入力

本部管理者の役職名

回答を入力

本部管理者 郵便番号

回答を入力

本部管理者 都道府県

選択



本部管理者 住所（市区町村 番地）

回答を入力

本部管理者電話番号

回答を入力

本部管理者FAX番号

回答を入力

本部管理者メールアドレス

回答を入力

戻る

次へ

フォームをクリア

推薦者（日本眼科医会会員の眼科医療機関）情報について

推薦者（日本眼科医会会員の眼科医療機関）情報 *

- 推薦に関し、眼鏡店より対価を得ていないこと
- 推薦時点で、公益社団法人日本眼科医会に所属していること
- 推薦時点で、眼科を標榜している医療機関において、開設者又は勤務医として、専ら眼科を専門に診療している
- 被推薦者（眼鏡店）と緊密に連携を取ることができること

☐ 推薦者は、上記のすべてに適合している。

推薦者 日本眼科医会会員番号 *
(会員番号が分からない場合は、各都道府県眼科医会へお問い合わせください)

回答を入力

推薦者 氏名 *

回答を入力

推薦者 メールアドレス *

回答を入力

推薦者 勤務先医療機関名 *

回答を入力

推薦者 勤務先医療機関 郵便番号 *

回答を入力

推薦者 勤務先医療機関 都道府県 *

選択



推薦者 勤務先医療機関 住所（市区町村 番地） *

回答を入力

推薦者 所属都道府県眼科医会 *

回答を入力

推薦者 所属都道府県眼科医会メールアドレス *

回答を入力

戻る

次へ

フォームをクリア

「推奨証」に関すること

推奨証に記載される店舗の名称【日本語表記】 *

回答を入力

推奨証に記載される店舗の名称【英語表記】 *

例：「●●meganeten ●●honten」または「●●Optical Main store」などローマ字表記でも、英語表現でも可

回答を入力

推奨証の送付先住所 *

※その他の場合は、郵便番号・住所・電話番号をご入力ください。

- ☐ 眼鏡店舗住所
- ☐ 本部管理者住所
- ☐ その他:

戻る

送信

フォームをクリア