

令和元年度

医療機器販売業等の営業所管理者
医療機器修理業の責任技術者

継続研修申込書

申込日 令和 年 月 日

(公社) 日本薬剤師会 会長 山本 信夫 殿
(公社) 富山県薬剤師会 会長 西尾 公秀 殿

※申込書に不備がある場合、受付できませんのでご注意ください。

(フリガナ) 申込者氏名	性 別	男 ・ 女	
	生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日	
薬剤師免許番号	※薬剤師免許番号を必ず記載ください。記載がない場合は研修シールのお渡しはできません。		
<input type="checkbox"/> 富山県薬剤師会会員のいる営業所(薬局等)		<input type="checkbox"/> 非会員	
受講票等の書類送付先 (ご希望の送付先にチェックしてください。)	<input type="checkbox"/> 営業所(薬局等)		<input type="checkbox"/> 自宅
営業所(事業所)名			
営業所(事業所) 所在地	〒 _____ 都 道 府 県		
許可番号*		許可年月日*	年 月 日
現 住 所	〒 _____ ※都道府県名は受講修了証の発行の際必要となりますので必ずご記入ください 都 道 府 県		
連絡先電話番号	- -	携帯	- -

※許可番号、許可年月日は高度管理医療機器等販売業及び貸与業許可証の許可番号、有効期間の開始日です。

受講要件の 確認	<input type="checkbox"/> 営業所管理者 <input type="checkbox"/> 責任技術者 <input type="checkbox"/> 営業所管理者及び責任技術者兼務		
	<input type="checkbox"/> 医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 (該当に○をつけてください)		
□に該当する ものをそれぞ れチェックし てください。	<input type="checkbox"/> 基礎講習修了者	<input type="checkbox"/> (一社) 日本ホームヘルス機器協会 <input type="checkbox"/> (公財) 医療機器センター <input type="checkbox"/> (公財) 総合健康推進財団	修了証 番号

※基礎講習の受講欄は、医師、歯科医師、薬剤師は管理者基礎講習が免除となっていますので、記入の必要はありません。

この枠内に払込金受領証を貼ってFAXして下さい

ここに記入いただいた個人情報は、継続研修関連業務以外には使用いたしません。

FAX送信先：076-442-3308 (富山県薬剤師会) / 締切日：2月7日(金)