**医療機器販売業等の営業所管理者**

**令和元年度**

**継続研修申込書**

**医療機器修理業の責任技術者**

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下さい。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （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。** |
| □　富山県薬剤師会会員のいる営業所（薬局等）　　　　　□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。） | □営業所（薬局等）　　　　　□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□に該当するものをそれぞれチェックしてください。 | □営業所管理者　□責任技術者　□営業所管理者及び責任技術者兼務 |
| □医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師　（該当に〇をつけてください） |
| □基礎講習修了者 | □(一社) 日本ホームヘルス機器協会□(公財) 医療機器センター□(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）**