

令和元年度 医療機器販売業等の営業管理者、
医療機器修理業の責任技術者に対する継続研修

申込書

申込日 令和2年 月 日

公益社団法人 日本薬剤師会
会長 山本 信夫 殿

一般社団法人秋田県薬剤師会
会長 大越 英雄 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。

受講番号

※実施機関記入

(フリガナ) 申込者氏名			性 別	男 ・ 女
		㊦	生 年 月 日	大正 昭和 平成 年 月 日
☐ 日本薬剤師会会員 ☐ 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(事業所)所在地 ☐ 現住所		
営業所(事業所)名				
営業所(事業所) 所在地		〒 ー ー 都 道 府 県		
許可番号*		許可年月日*	平成 令和 年 月 日	
営業所(事業所)電話 番 号	直通 TEL: ー ー (内線)			
現 住 所 (受講者自宅)	〒 ー ー 都 道 府 県			
電 話 番 号	連絡先 TEL: ー ー		携帯 TEL: ー ー	

受講要件 の確認	☐ 販売業等の営業所管理者 ☐ 修理業責任技術者 ☐ 販売業等の営業所管理者及び修理業責任技術者兼務 ※該当者は□ にチェックしてください。			
	基礎講習の受講 (薬剤師は記載不要)	☐ (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 修了者のみ	

希望研修会	開催日	会場(該当に○を付してください)
	令和2年 月 日	秋田 ・ 大館 ・ 横手

上記のとおり、継続研修を申し込みます。

* 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、許可年月日です。

※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。