令和６年度　　医療機器販売業等の営業所管理者

申込書

医療機器修理業の責任技術者に対する継続研修

申込日　令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日

公益社団法人 日本薬剤師会

会　長　　岩月　　進　　殿

一般社団法人秋田県薬剤師会

会　長　　大越　英雄　　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 受講番号 | ※実施機関記入 |

**※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 | | 大正  昭和　　　　　年　　 月 　　日  平成 |
| □　秋田県薬剤師会会員　　　　　　　　　　□　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 | | 〒 　　 －  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： 　 　　　　- 　　　　　- 　　　　　　　(内線) | | | | | |
| 現住所  （受講者自宅） | | 〒 　　 －    都　道  府　県 | | | | | |
| 日中連絡先電話番号 | | TEL：　　　　　　　-　　　　　　　- | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込研修会場等 | 開催日（Wｅｂは受講の目安） | Wｅｂ・会場（該当に○を付してください） |
| 令和　　　年　　　月　　　日 | Wｅｂ　・　大館　・　秋田　・　横手 |

上記のとおり、継続研修を申し込みます。

＊高度管理医療機器等販売業及び貸与業等の許可証の許可番号、許可年月日（有効期間の始期）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しません。