

令和6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に対する継続研修 申込書

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

※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
<input type="checkbox"/> 秋田県薬剤師会会員		<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(事業所)所在地		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 販売業等の営業所管理者 <input type="checkbox"/> 修理業責任技術者 <input type="checkbox"/> 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)	<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 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、継続研修関連業務以外には使用しません。