

令和7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 安 田 哲弘 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
☐ 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		〒 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 都 道 府 県		
日中連絡先電話番号	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

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。