

平成30年度高度管理医療機器等に係る継続研修会の 日程追加について

次のとおり研修会を追加で開催いたします。

受講を希望される方は、次の事項をご確認の上、お申し込みいただきますようよろしくお願い申し上げます。

主催：日本薬剤師会 共催：広島県薬剤師会

1. 開催日時

西部：2019年11月25日（日） 14時～16時

広島県薬剤師会館（広島市東区二葉の里3-2-1）

定員：250名

※会場の駐車場は、確保しておりませんので、公共機関をご利用ください。

2. 対象者：（1）高度管理医療機器等の販売業等の営業管理者

（2）医療機器修理業の責任技術者

※（1）及び（2）の方につきましては、毎年度受講の義務があります

※医療機器販売又は賃貸業の事業所（営業者や薬局）で営業管理者となっている方、もしくは修理業の責任技術者となっている方以外は、受講できません。

3. 受講料：広島県薬剤師会会員3,000円、非会員5,000円

（テキスト代含む・税込み）

5. 研修内容：（1）医薬品医療機器等法その他薬事に関する法令

（2）医療機器の品質管理

（3）医療機器の不具合報告及び回収報告

（4）医療機器の情報提供

6. 申込方法

平成30年11月9日（金）までに次のとおりお申し込みください。

申込書を確認の上、先着順に受付いたします。（定員になり次第受付を締め切ります。）

（1）受講申込書に必要事項をご記入の上、捺印してください。

（2）郵便局（ゆうちょ銀行）備え付けの振込用紙に所定事項を記入し、受講料を入金してください。

【受講料振込口座】

口座番号 01370-0-64759

加入者名 公益社団法人広島県薬剤師会

ゆうちょ銀行

支店：一三九 当座

口座番号：0064759

※通信欄に、必ず「継続研修会受講」、受講者名、薬局又は事業所名称、連絡先電話番号をご記入ください。

※振込手数料は、お申し込み者側でご負担願います。

(3) (2)で入金した受講料の払込金受領証のコピーを受講申込書の表面に貼付してください。

(4) ファックスで受講申込書をご提出ください。

(受理した申込書類は、返還しませんのでご了承ください。)

FAX (082) 567-6066

7. 受講票の送付について

申込締切後に受講が確定した方には勤務先へ受講票をお送りいたします。

※継続研修会当日、必ず受講票をご持参ください。

8. 受講修了証の交付について

遅刻された方、長時間に渡り席を離れられた方、途中退席された方には発行いたしかねますので、予めご了承ください。

9. その他

- ・ 日本薬剤師研修センター研修認定薬剤師制度認定対象研修会（1単位）申請予定
- ・ 申込後のキャンセルはできません。その際、返金はいたしかねますが、テキストのみご送付させていただきます。（受講修了証は、交付いたしません。）
- ・ 申込書類にご記入いただいた個人情報は、継続研修関連業務以外には、利用いたしません。

現在、既にお申し込みの方で、上記の時間に変更をされたい方は申込書の「希望される日時」の枠の下に 11月25日午後希望 と記入して再度FAXを事務局までご送付ください。

送付先

広島市東区二葉の里3-2-1

TEL (082) 262-8931

FAX (082) 567-6066

平成30年
医療機器修

記入例

の営業管理者
する継続研

申込日を記入してください。

申込日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

公益社団法人日本薬剤師会
会長 山本信夫 殿
公益社団法人広島県薬剤師会
会長 豊見雅文 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。

記載しない。

印漏れは受付
できません。

受講番号	※実施機関記入
------	---------

(フリガナ) 申込者氏名	○○○○ ○○ ○○○○○ 印	性別	男・女
		生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成
	<input checked="" type="checkbox"/> 広島県薬剤師会会員		<input type="checkbox"/> 非会員
営業所(事業所)名	○○○○薬局○○○店		
営業所(事業所)住所	〒○○○-○○○○ ○○県○○市○○町○-○-○		
許可番号*	○○○第○○○○号	許可年月日*	平成○ 年 ○ 月 ○ 日
営業所(事業所) 電話番号	直通 TEL:○○○○ - ○○○ - ○○○○ (内線)		
申込者現住所	〒○○○-○○○○ ○○県○○市○○町○-○-○		
電話番号	連絡先 TEL:○○○-○○○-○○○○	携帯 TEL:○○○-○○○-○○○○	

どちらかを選択
してください。

日時・場所	C:11月25日(日)14時~16時 広島県薬剤師会館
-------	-----------------------------

受講要件 の確	<input type="checkbox"/> 販売業等の営業管理者	※該当者は□ にチェックしてください。	修了証番号
	<input type="checkbox"/> 販売業等の営業管理者及び修理業責任技術者兼務		
<input type="checkbox"/> 修理業責任技術者			
基礎講習の受講	<input type="checkbox"/> (社) 日本ホームヘルス機器協会		
	<input type="checkbox"/> (財) 医療機器センター		
	<input type="checkbox"/> (財) 総合健康推進財団		

申込者がいずれに該
当するか必ずチェッ
クしてください。
チェックが漏れてい
ると受講修了証が発
行できません。

薬剤師の資格を有する方が、継続
研修を受講する場合は記載不要。

払込金受領証のコピーをこちらに貼り付けしてください。

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賃貸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。

平成30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 平成 年 月 日

公益社団法人日本薬剤師会
会長 山本 信夫 殿
公益社団法人広島県薬剤師会
会長 豊見 雅文 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 年 月 日 平成	
<input type="checkbox"/> 広島県薬剤師会会員 <input type="checkbox"/> 非会員			
営業所(事業所)名			
営業所(事業所)住所	〒		
許可番号*	許可年月日*	平成	年 月 日
営業所(事業所) 電 話 番 号	直通 TEL: - - (内線)		
申込者現住所	〒		
電 話 番 号	連絡先 TEL: - -	携帯 TEL: - -	

日時・場所 C:11月25日(日)14時~16時 広島県薬剤師会館

受講要件 の確認	<input type="checkbox"/> 販売業等の営業管理者		
	<input type="checkbox"/> 販売業等の営業管理者及び修理業責任技術者兼務		
	<input type="checkbox"/> 修理業責任技術者	※該当者は□ にチェックしてください。	
基礎講習の受講	<input type="checkbox"/> (社) 日本ホームヘルス機器協会 <input type="checkbox"/> (財) 医療機器センター <input type="checkbox"/> (財) 総合健康推進財団	修了証番号	

払込金受領証のコピーをこちらに貼り付けしてください。

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賃貸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。

平成30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 平成 年 月 日

公益社団法人日本薬剤師会
会長 山本 信夫 殿
公益社団法人広島県薬剤師会
会長 豊見 雅文 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	
	印	生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成
<input type="checkbox"/> 広島県薬剤師会会員		<input type="checkbox"/> 非会員	
営業所(事業所)名			
営業所(事業所)住所	〒		
許可番号*	許可年月日*	平成	年 月 日
営業所(事業所)電話番号	直通 TEL: - - (内線)		
申込者現住所	〒		
電話番号	連絡先 TEL: - -	携帯 TEL:	- -

希望される日時	A: 11月25日(日)10時~12時 広島県薬剤師会館	B: 1月20日(日)10時~12時 まなびの館ローズコム
---------	---	----------------------------------

※必ずA・Bどちらかを○で選択してください。

受講要件 の確認	<input type="checkbox"/> 販売業等の営業管理者 <input type="checkbox"/> 販売業等の営業管理者及び修理業責任技術者兼務 <input type="checkbox"/> 修理業責任技術者 ※該当者は□ にチェックしてください。		
	基礎講習の受講	<input type="checkbox"/> (社) 日本ホームヘルス機器協会 <input type="checkbox"/> (財) 医療機器センター <input type="checkbox"/> (財) 総合健康推進財団	修了証番号

払込金受領証のコピーをこちらに貼り付けしてください。

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賃貸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。