

平成23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

社団法人 日本薬剤師会  
会長 児玉 孝 殿  
社団法人 広島県薬剤師会  
会長 前田 泰則 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
<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: - -	

受講要件 の確認	<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		

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23年  
医療機器修

# 記入例

等の営業  
する継続研修

申込書

申込日を記入してください。

申込日 平成 ○ 年○月○ 日

社団法人 日本薬剤師会  
会長 児玉 孝 殿  
社団法人広島県薬剤師会  
会長 前田 泰則 殿

※ 申込書に不備がある場合、受付できません。

記載しない。

受講番号	※実施機関記入
------	---------

(フリガナ)	○○○○ ○○○	性別	男・女
申込者氏名	○○○○○ (印)	生年月日	大正 昭和○○年○月○日
<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。

受講要件の確認	<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。
	<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	修了証番号

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。

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。