

令和元年度 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 令和 年 月 日

公益社団法人 日本薬剤師会  
会長 山本 信夫 殿

一般社団法人長野県薬剤師会  
会長 日野 寛明 殿

実施機関記入	
受付日	令和 年 月 日
受講番号	

※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。  
※受講料振込領収書のコピーを貼付して下さい。

申込研修会	令和 年 月 日開催 会場名：		
(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
会 員 種 別	<input type="checkbox"/> 日本薬剤師会会員(受講料 2,500 円) <input type="checkbox"/> 会員外(受講料 6,000 円)		
営業所(事業所) 名 称			
住 所	〒 _____ 都 道 府 県		
電話番号	直通 TEL: _____ (内線)		
許可番号*1	許可年月日*1	年 月 日	
申込者 現住所	〒 _____ 都 道 府 県		
電話番号	連絡先 TEL: _____		
受講票等の書類送付先 (ご希望の送付先にチェック)	<input type="checkbox"/> 営業所(事業所)住所 <input type="checkbox"/> 申込者現住所		

\* 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。

受講要件の確認	<input type="checkbox"/> 販売業等の営業管理者 <input type="checkbox"/> 修理業責任技術者		
	<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		
基礎講習 の受講 (※2)	<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	

※2 基礎講習の受講欄は、医師・歯科医師・薬剤師は管理者基礎講習が免除となっていますので、記入の必要はありません。

上記のとおり、継続研修を申し込みます。

※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。