

# 令和3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

(様式)

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 様

一般社団法人 埼玉県薬剤師会

会長 齊藤 祐次 様

※申込書に不備がある場合は、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
------	---------

◆太枠内は漏れなくご記入ください (□は、該当箇所にチェックしてください)。

(フリガナ)		性別	男・女
受講者氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 埼玉県薬剤師会 <u>正会員</u> (会員番号: _____)		<input type="checkbox"/> 会員外	
営業所(薬局等)名			
営業所(薬局等)所在地等	〒 _____ 都道府県 市 町 村	TEL: _____ (内線)	FAX: _____
許可番号*		許可年月日*	平成 令和 年 月 日
受講者住所等	〒 _____ 都道府県	電話番号: _____	

受講要件	<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。
確認	基礎講習の受講先*1	<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*1	

\* 許可番号、許可年月日は、高度管理医療機器等販売業等の許可証の許可番号、許可年月日です。

\*1 販売業等、若しくは修理業に必要な年数従事した後、登録業者が行う基礎講習を受講した方のみ記入 (薬剤師の資格を有する方が販売業等の管理者となっている場合は記入不要)。

受講料振込領収書を貼ってFAXしてください

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。

FAX 048-825-0700

締切日：令和3年12月3日(金)【必着】