

令和5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5年 月 日

公益社団法人 日本薬剤師会
会長 山本 信夫 殿
一般社団法人長崎県薬剤師会
会長 田代 浩幸 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		生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日
薬剤師名簿登録番号		性別	男・女
会員区分	☐ 日本薬剤師会会員 ☐ 非会員		
受講方法	☐ 会場受講 ☐ Web 受講		
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。)	☐ 薬局(勤務先)住所 ☐ 自宅住所		
薬局(勤務先)名			
薬局(勤務先)住所	〒 ー 都 道 府 県		
許可番号*		許可年月日*	年 月 日
薬局(勤務先)電話番号	直通 TEL: ー ー (内線)		
自宅住所	〒 ー 都 道 府 県		
電話番号	自宅 TEL: ー ー	携帯 TEL: ー ー	
メールアドレス (Web 受講者必須) ※アルファベット、数字等 はつきり記入してください			

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 ※該当項目にチェック☑してください。		
	基礎講習の受講 (薬剤師は記入不要)	☐ (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

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貸与業許可証の許可番号、許可年月日です。

入金した受講料の払込票と併せて、令和5年10月31日(火)までに FAX(095-848-6160)でお申込ください。

※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。