

**平成30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：平成 30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 福岡県薬剤師会
会長 原口 亨 殿

※実施機関記入欄

※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。

受講受付番号:

◆ 受講者

フリガナ		性 別	男 ・ 女
申込者氏名(受講者)		生 年 月 日	大正 昭和 年 月 日
会員区分	<input type="checkbox"/> 福岡県薬剤師会 (日本薬剤師会)会員 <input type="checkbox"/> 非 会 員		
所属地区薬剤師会名	薬 剤 師 会		
現 住 所	〒		
ふりがな			
薬局名(事業所)			
薬局(事業所)住所	〒		
電 話 番 号	- -	F A X 番 号	- -
許 可 番 号		許 可 年 月 日	平 成 年 月 日

※ 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

受講者の資格	<input type="checkbox"/> 販売業等の営業所管理者	※ 該当する箇所にチェックしてください。
	<input type="checkbox"/> 修理業責任技術者	
	<input type="checkbox"/> 販売業等の営業所管理者及び修理業責任技術者兼務	
基礎講習の受講	<input type="checkbox"/> (一社)日本ホームヘルス機器協会	修了証番号
	<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	

※ 基礎講習の受講は、医師・歯科医師・薬剤師は免除になっています。

上記のとおり、平成30年度の継続研修を申し込みます。

※ ここに御記入いただいた個人情報は、継続研修の受付業務以外には使用いたしません。