

平成29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 年 月 日

公益社団法人日本薬剤師会  
会長 山本 信夫 殿  
一般社団法人宮城県薬剤師会  
会長 佐々木孝雄 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)		性別	男 ・ 女
申込者氏名		生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 日本薬剤師会会員		<input type="checkbox"/> 非会員	
営業所(事業所)名			
営業所(事業所)住所	〒 _____ 都道 府 県		
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)		
受講者の現住所	〒 _____ 都道 府 県		
受講者の電話番号	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"/> 販売業等の営業所管理者及び修理業責任技術者兼務 ※該当の□にチェックしてください。		
	基礎講習の受講 ※1	<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 ※1

※1 基礎講習免除者(医師・歯科医師・薬剤師等)は記入の必要はございません。

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。  
許可年月日は有効期間開始日を記載ください。

※ここに記入いただいた個人情報、継続研修関連業務以外には使用いたしません。

FAX送信先 022-391-6640 宮城県薬剤師会事務局あて