

## 令和元年度高度管理医療機器等に係る継続研修会開催のご案内

平成17年の改正薬事法の施行に伴い、平成18年4月1日から、高度管理医療機器等

**申し込みは終了しました。**

2. 対象者：(1)高度管理医療機器等の販売業等の営業管理者  
(2)医療機器修理業の責任技術者  
※(1)及び(2)の方につきましては、毎年度受講の義務があります  
※医療機器販売又は賃貸業の事業所(営業者や薬局)で営業管理者となっている方、もしくは修理業の責任技術者となっている方以外は、受講できません。
3. 受講料：広島県薬剤師会会員3,000円、非会員5,000円  
(テキスト代含む・税込み)
4. 定員：西部各150名、東部150名
5. 研修内容：(1)医薬品医療機器等法その他薬事に関する法令  
(2)医療機器の品質管理  
(3)医療機器の不具合報告及び回収報告  
(4)医療機器の情報提供
6. 申込方法  
令和元年11月29日（金）までに次のとおりお申し込みください。  
申込書を確認の上、先着順に受付いたします。（定員になり次第受付を締め切ります。）  
(1)受講申込書に必要事項をご記入の上、捺印してください。  
(2)郵便局(ゆうちょ銀行)備え付けの振込用紙に所定事項を記入し、受講料を入金してください。

【受講料振込口座】

口座番号 01370-0-64759

加入者名 公益社団法人広島県薬剤師会

ゆうちょ銀行

支店：一三九 当座

口座番号：0064759

※通信欄に、必ず「継続研修会受講」、受講者名、薬局又は事業所名称、連絡先電話番号をご記入ください。

※振込手数料は、お申し込み者側でご負担願います。

(3) (2)で入金した受講料の払込金受領証のコピーを受講申込書の表面に貼付してください。

(4) ファックスで受講申込書をご提出ください。

(受理した申込書類は、返還しませんのでご了承ください。)

FAX (082) 567-6066

7. 受講票の送付について

申込締切後に受講が確定した方には勤務先へ受講票をお送りいたします。

※継続研修会当日、必ず受講票をご持参ください。

8. 受講修了証の交付について

遅刻された方、長時間に渡り席を離れられた方、途中退席された方には発行いたしかねますので、予めご了承ください。

9. その他

- 日本薬剤師研修センター研修認定薬剤師制度認定対象研修会（1単位）申請予定

※研修受講シールを受け取るには薬剤師名簿登録番号が必要です。広島県薬会員の方には薬剤師名簿登録番号が入った「研修会用会員カード」を郵送しておりますので必ずお持ち下さい。当日、薬剤師番号が不明の方には研修受講シールはお渡しできませんのでご注意ください。

- 申込後のキャンセルはできません。その際、返金はいたしかねますが、テキストのみご送付させていただきます。（受講修了証は、交付いたしません。）
- 申込書類にご記入いただいた個人情報は、継続研修関連業務以外には、利用いたしません。

送付先

広島市東区二葉の里 3-2-1

TEL (082) 262-8931

FAX (082) 567-6066

# 記入例

○ 営業管理者

申込日を記入してください。

する継続研修

申込日 令和〇 年〇月〇日

公益社団法人日本薬剤師会  
会長 山本信夫 殿  
公益社団法人広島県薬剤師会  
会長 豊見雅文 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。

記載しない。

印漏れは受付  
できません。

受講番号

※実施機関記入

(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
<input checked="" type="checkbox"/> 広島県薬剤師会会員		<input type="checkbox"/> 非会員	
営業所(事業所)名	○○○○薬局○○○店		
営業所(事業所)住所	〒○○○-○○○○ ○○県○○市○○町○-○-○		
許可番号*	○○○第○○○○○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)		
申込者現住所	〒○○○-○○○○ ○○県○○○市○○○町○-○-○		
どれかを必ず選択してください。	号	連絡先 TEL:○○○-○○○-○○○○	携帯 TEL:○○○-○○○○-○○○○

- 希望される日時
- A : 12月22日(日)10時~12時 (西部)広島県薬剤師会館
  - B : 12月22日(日)14時~16時 (西部)広島県薬剤師会館
  - C : 1月18日(土)15時~17時 (東部)まなびの館ローズコム

※必ずA・B・C どれかを○で選択してください。

受講要件の確認	<input checked="" type="checkbox"/> 販売業等の営業管理者 <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 <input type="checkbox"/> 修理業責任技術者	※該当者は□にチェックしてください。
基礎講習の受講	<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

薬剤師の資格を有する方が、継続研修を受講する場合は記載不要。

払込金受領証のコピーをこちらに貼り付けしてください。

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。

※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。