

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 岩手県薬剤師会  
 会 長 畑澤 博巳 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	性 別	男 ・ 女	
	印 生 年 月 日	大正	年 月 日
		昭和	年 月 日
		平成	年 月 日
<input type="checkbox"/> 岩手県薬剤師会会員 <input type="checkbox"/> 非会員			
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)	<input type="checkbox"/> 営業所(事業所)住所 <input type="checkbox"/> 現住所		
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)		

現住所	〒 _____ 都道 府県		
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

研修開催年月日	会場名
平成 29 年 11 月 12 日 (日)	いわて県民情報交流センター (アイーナ) 会議室 803

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。