

令和元年度 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 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

岩手県薬剤師会記入欄

フリガナ		性別	男 ・ 女			
申込者氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日
☐ 岩手県薬剤師会会員			☐ 非会員			
薬剤師の方で研修受講シールを希望される方は薬剤師免許番号						
受講票等の書類送付先 (ご希望の送付先の ☐ にチェックしてください)		☐ 営業所（事業所）住所		☐ 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)					

（*）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。

受講者の現住所	〒 _____ 都 道 府 県	
電話番号	連絡先 TEL: _____ - _____	携帯 TEL: _____ - _____

受講要件の確認 該当の□にチェック	☐ 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	

基礎講習の受講 (医師・歯科医師・薬剤師 は記入の必要はありません)	☐ (一社) 日本ホームヘルス機器協会	修了証番号	
	☐ (公財) 医療機器センター		
	☐ (公財) 総合健康推進財団		

研修開催年月日	会場名
令和元年11月23日（土・祝）	いわて情報交流センター（アイーナ）会議室（804）

上記のとおり、継続研修を申し込みます。

◎ここ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使用いたしません。