

令和2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 |
| <input type="checkbox"/> 岩手県薬剤師会会員 | | | <input type="checkbox"/> 非会員 | | | |
| 薬剤師の方は薬剤師免許番号を記入してください。 | | | | | | |
| 受講票等の書類送付先 (ご希望の送付先の <input type="checkbox"/> 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) | | | |
| 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 <input type="checkbox"/> にチェック | <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 | | | | |
| 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) | <input type="checkbox"/> (一社)日本ホームヘルス機器協会 | | <input type="checkbox"/> (公財)医療機器センター | | 修了証番号 | |
| | | <input type="checkbox"/> (公財)総合健康推進財団 | | | | |
| 研修開催年月日 | | | 会場名 | | | |
| 令和2年11月3日(火・祝) | | | いわて情報交流センター(アイーナ)小田島組ホール | | | |

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。