

令和3年度医療機器販売業等の営業管理者、医療機器修理業の 責任技術者に対する継続研修について

一般社団法人 長崎県薬剤師会
会長 田代 浩幸

今年度も引き続き（公社）日本薬剤師会と共催し、研修会を下記のとおり開催いたしますので、ご案内いたします。受講を希望される方は、次の事項をご確認の上、お申し込みいただきますようお願いいたします。

記

1. 日 時：令和3年11月28日（日）10：00～12：00
2. 場 所：長崎県総合福祉センター 5階大会議室（長崎市茂里町3-24 TEL. 095-846-8603）
※Google Meetを用いたWEB併用のハイブリット方式
3. 受講対象者
① 高度管理医療機器等の販売等の営業管理者 ② 医療機器修理業の責任技術者
①及び②については毎年度受講の義務があります。
4. 受講料：長崎県薬剤師会（日本薬剤師会）会員 3,000円 / 非会員 5,000円（テキスト代含む）
5. 定 員：会場150名、WEB250名
6. 研修内容
① 薬事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

○申込方法（締切：令和3年10月29日（金）厳守）

- （1）受講申込書に必要事項をご記入ください。
- （2）受講料を郵便局または銀行でお振り込みください。

【受講料振込先】

郵便振込：01860-8-7643 長崎県薬剤師会
銀行振込：十八親和銀行長崎営業部 普通 0944505
一般社団法人長崎県薬剤師会 会長 田代 浩幸

- （3）（2）で入金した受講料の払込票のコピーと受講申込書をFAXまたは郵便で県薬事務局へお送りください。

○受講票及びテキストの送付について

申込締切後、受講者本人へ受講票及びテキストを送付いたします。修了証に氏名が印字されますので受講票の氏名等に誤りがないかご確認ください。誤りがある場合は早めに県薬事務局へ連絡をお願いいたします。

令和3年11月19日（金）までに受講票が届かない場合も、県薬へご連絡下さい。

テキストは日本薬剤師会より、ご指定の住所へ直接郵送されます。住所に間違いがないか等の確認は行いませんので、申込書の記入ミスにご注意ください。

WEB受講者へは、申込時に登録したメールアドレス宛に、11月25日（木）までに招待メールを送信します。

日程までにメールが届かない場合は県薬へご連絡ください。

○受講修了証の交付について

遅刻された方、長時間にわたり席を離れた方、途中退席された方には修了証の発行は出来ませんので、予めご了承ください。WEB受講者は、参加ログ及びキーワードの回答で参加とみなします。

また修了証は、後日特定記録郵便にて発送します。返信用封筒のご提出は必要ございません。

○キャンセルについて

申込み後のキャンセルにつきましても、10月29日（金）までにお願いいたします。事前の申し出がない場合は、受講料の返金はいたしません。

なお、期日を過ぎてのキャンセル、欠席された方にはテキストのみご送付させていただきます。（受講修了証の交付はいたしません。）

○その他

- ・日本薬剤師研修センター研修認定薬剤師制度対象研修会 1単位
（会場受講者へは当日手渡し、WEB受講者へは修了証の発送に同封します。）
- ・申込書類にご記入いただいた個人情報、継続研修関連業務以外には利用いたしません。

【受講申込先・お問い合わせ】

（一社）長崎県薬剤師会 事務局 〒852-8104 長崎市茂里町3-18 TEL 095-847-2600 FAX 095-848-6160

令和3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 3 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 長崎県薬剤師会
会長 田代 浩幸 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	印	生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日
薬剤師免許番号		性別	男 ・ 女
区分	<input type="checkbox"/> 日本薬剤師会会員		<input type="checkbox"/> 非会員
受講方法	<input type="checkbox"/> 会場受講		<input type="checkbox"/> WEB受講
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"/> 薬局(勤務先)住所		<input type="checkbox"/> 自宅住所
薬局(勤務先)名			
薬局(勤務先)住所	〒 _____ 都道 府県		
許可番号*		許可年月日*	平成 年 月 日
薬局(勤務先)電話番号	直通 TEL: _____ - _____ (内線)		
自宅住所	〒 _____ 都道 府県		
電話番号	連絡先 TEL: _____ - _____	携帯 TEL: _____ - _____	
メールアドレス (WEB受講者必須) ※アルファベット、数字等は はっきり記入してください			

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 <input type="checkbox"/> にチェックしてください。
基礎講習の受講(薬剤師は記入不要)	<input type="checkbox"/> (一社)日本ホームヘルス機器協会	修了証番号	
	<input type="checkbox"/> (公財)医療機器センター		
	<input type="checkbox"/> (公財)総合健康推進財団		

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貸与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。