

平成 30 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会実施要領

主催 公益社団法人 日本薬剤師会
共催 一般社団法人 愛媛県薬剤師会
後援 愛媛県保健福祉部健康衛生局薬務衛生課

研修の開催日 会場 定員	開催日時：平成 30 年 10 月 28 日（日） 13：30～15：30（受付開始 13:00） 愛媛県薬剤師会館 松山市三番町 7-6-9 TEL：089-941-4165 ◆駐車場はございませんので、公共交通機関または周辺の有料駐車場等をご利用ください。 定員：150 名（定員になり次第締め切らせていただきます。）				
研修の目的	①医薬品医療機器等法施行規則第 168 条及び第 175 条第 2 項に基づく医療機器販売業等の営業所の 管理者に対する研修 ②医薬品医療機器等法施行規則第 194 条に基づく医療機器修理業の責任技術者に対する研修				
研修の受講対象者	①高度管理医療機器等の販売業等の営業所管理者 ②医療機器修理業の責任技術者 ③特定管理医療機器の販売業等の営業所管理者 <table style="border: none; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td>*①及び②については薬事法により継続 研修の毎年受講が義務付けられています。</td> </tr> <tr> <td></td> <td>*③については毎年度受講の努力義務があります。</td> </tr> </table>	}	*①及び②については薬事法により継続 研修の毎年受講が義務付けられています。		*③については毎年度受講の努力義務があります。
}	*①及び②については薬事法により継続 研修の毎年受講が義務付けられています。				
	*③については毎年度受講の努力義務があります。				
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				
受付等に関する 注意事項	本研修会は「医薬品医療機器等法」に基づく研修です。 開催日当日に受講票を会場受付にてご提示ください。なお、受付開始時刻は 13:00 からとなっております。研修開始 5 分前までに必ず受付をお済ませのうえ指定のお席にご着席ください。遅刻者は 受講をお断りいたします。				
講師	研修内容① 愛媛県保健福祉部健康衛生局薬務衛生課薬事係 研修内容②～④ ニプロ株式会社 取締役 信頼性保証部 部長 芳田 豊司 氏				
受講料	会員：3,000 円 非会員：5,000 円（テキスト代を含む） 受講料は申込み締切日以降に、受講票と請求書をお送りしますので、記載の銀行口座にご入金をお 願ひいたします。（振込手数料は受講申込者をご負担下さい。）				
キャンセル等 について	①受講者変更・申込み内容の修正・キャンセルは、9 月 18 日（火）午後 5 時までに愛媛県薬剤師会 事務局まで FAX にてご連絡ください。（FAX：089-921-5353） ②ご入金後のキャンセルにつきましては、返金できませんのでご注意ください。研修会後にテキス トを送付させていただきます。				
受講修了証の交付	①全ての研修を受講した方に限り、受講修了証を研修日当日、受講票と引換えに交付いたします。 ②研修中、長時間にわたって離席された方、研修終了前に退席された方には受講修了証は交付いた しませんのでご注意ください。				
申込方法 申込書送付先	受講申込書は愛媛県薬剤師会事務局でもご用意していますのでお問合せください。 〒790-0003 松山市三番町 7-6-9 一般社団法人 愛媛県薬剤師会事務局（FAX：089-921-5353）				
申込締切日	平成 30 年 9 月 18 日（火）午後 5 時 必着				
研修に係る お問合せ先	愛媛県薬剤師会事務局（TEL：089-941-4165 FAX：089-921-5353）				

平成 30 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

一般社団法人愛媛県薬剤師会
会長 宮内 芳郎 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
---------------------------------	------	---------

<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。

(フリガナ)		性 別	男 ・ 女
申 込 者 氏 名	印	生年月日	大正 昭和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 日本薬剤師会会員		<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) 所在地	〒 _____ 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"/> 薬剤師	<input type="checkbox"/> 基礎講習修了者
	<input type="checkbox"/> その他 ()	

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、継続研修関連業務以外には使用いたしません。