

平成 23 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会実施要領

主催 社団法人 日本薬剤師会
共催 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	開催日時：平成 23 年 10 月 23 日（日） 13：30～15：30（受付開始 12：30）
会場	松山市三番町 7-6-9 愛媛県薬剤師会館 3 階大会議室 TEL：089-941-4165
定員	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	薬事法施行規則第 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 薬事法施行規則第 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	高度管理医療機器等の販売業等の営業管理者 } * 及び については薬事法により継続 医療機器修理業の責任技術者 } 研修の毎年受講が義務付けられています。 特定管理医療機器の販売業等の営業管理者 * については毎年度受講の努力義務があります。
研修内容	薬事法その他薬事に関する法令 医療機器の品質管理 医療機器の不具合報告及び回収報告 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「薬事法」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 12:30 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 愛媛県保健福祉部健康衛生局薬務衛生課薬事係 白石 泰郎 氏 研修内容 ~ ニプロ株式会社 品質統括部 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） 受講料は現金を添えて申込み、又は下記口座へお振込みください。ご入金確認後、受講票をお送りします。（振込手数料は受講申込者をご負担下さい。） 振込先 伊予銀行 松山駅前支店 普通預金 1889926 社団法人 愛媛県薬剤師会 会長 森 雅明
キャンセル等 について	受講者変更・申込み内容の修正・キャンセルは平成 23 年 10 月 3 日（月）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） 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	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。 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 社団法人 愛媛県薬剤師会事務局 (FAX : 089-921-5353)
申込・受講料 納入締切日	平成 23 年 10 月 3 日 (月) 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23年度 医療機器の販売及び賃貸管理者の継続研修

医療機器の修理業責任技術者の継続研修

申込書

申込日 平成 年 月 日

社団法人日本薬剤師会
会長 児玉 孝 殿
社団法人愛媛県薬剤師会
会長 森 雅明 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
-------------------------------	------	--------

販売・賃貸管理者 販売・賃貸管理者及び修理業責任技術者兼務	修理業責任技術者 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
日本薬剤師会会員		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。)	営業所(事業所)住所 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	薬剤師 基礎講習修了者 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、継続研修関連業務以外には使用いたしません。