

平成 30 年度高度管理医療機器等の販売業等に係る継続研修会のご案内

平成 17 年 4 月の改正薬事法の施行に伴い、平成 18 年 4 月 1 日より、高度管理医療機器販売業・賃貸業の営業所の管理者及び修理業の責任者技術者には、毎年継続研修の受講が義務づけられています。

静岡県薬剤師会では、本年度も日本薬剤師会と共催で下記のとおり継続研修を実施しますのでご案内申し上げます。

日時・会場・募集定員

	日時	会場	募集定員
第 1 回	平成 30 年 8 月 5 日 (日) 14:00~16:30	静岡県薬剤師会館 3 階 大会議室 静岡市駿河区馬淵 2-16-32 電話 054-203-2023	先着 120 名
第 2 回	平成 31 年 3 月 21 日 (木・祝) 14:00~16:30	静岡労政会館 3 階 ホール 静岡市葵区黒金町 5-1 電話 054-221-6280	先着 250 名

(注) 2 回とも受講する必要はありません。いずれか 1 回を選択してください。

受講料

静岡県薬剤師会の正会員は 2,000 円、左記以外は 5,000 円

※テキスト代・消費税を含みます。

※申込者側の都合でキャンセルした場合、納入された受講料は返金できませんのでご了承ください。

受講対象者

①高度管理医療機器等の販売業等の営業管理者（医薬品医療機器等法施行規則第 168 条）

②医療機器修理業の責任技術者（医薬品医療機器等法施行規則第 194 条）

※①②とも毎年度受講の義務があります。

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 等

申込方法

1 まず、第 1 回（8 月 5 日）の申し込みを受け付け、1 月以降に第 2 回の申し込みを受け付けることとします。（改めてご案内いたします。）

2 所定の申込書用紙にご記入のうえ、ファクシミリ（FAX 番号 054-203-2028）等にて、静岡県薬剤師会事務局あて平成 30 年 7 月 13 日（金）までにお申込みください。 受講申込書受理後に「振込取扱票」を送付しますので、指定日までに最寄りの郵便局で払い込みください。 受講料納入確認後に受講票を送付します。

3 申込書は 1 枚につき 1 名分です。当日参加される方の氏名等をご記入ください。

4 先着順で定員となり次第締め切りとさせていただきます。

5 受講票は当日必ずご持参ください。

修了証の交付

研修会終了後に継続研修修了証を交付します。

なお、遅刻・早退・長時間にわたり離席された方には修了証を交付しませんのでご注意ください。この場合であっても受講料は返還いたしません。

[事務局] 公益社団法人 静岡県薬剤師会

〒422-8063 静岡市駿河区馬淵二丁目 16 番 32 号 静岡県薬剤師会館

電話 054-203-2023 F A X 054-203-2028

<http://www.shizuyaku.or.jp>

E-mail : kenyaku@shizuyaku.or.jp

平成 30 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 申込書

第 1 回
(8月5日)

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

公益社団法人 静岡県薬剤師会
会長 石 川 幸 伸 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	性 別	男 ・ 女
		生年月日	大正 昭和 平成 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)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)		
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"/> 販売業等の営業管理者		<input type="checkbox"/> 修理業責任技術者	
	<input type="checkbox"/> 販売業等の営業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。			
基礎講習 の受講	<input type="checkbox"/> (社)日本ホームヘルス機器協会	修了証番号		
	<input type="checkbox"/> (財)医療機器センター			
	<input type="checkbox"/> (財)総合健康推進財団			

継 続 研 修	開 催 日	会 場 名
	平成 30 年 8 月 5 日 (日)	静岡県薬剤師会館 3 階 大会議室

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は、継続研修関連業務以外には使用いたしません。