

## 研修会のご案内

令和6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継続研修  
開催要領

主催：公益社団法人日本薬剤師会

共催：一般社団法人山形県薬剤師会

令和2年12月16日付薬生機審発1216第1号・薬生安発1216第1号厚生労働省医薬・生活衛生局医療機器審査管理課長、厚生労働省医薬・生活衛生局医薬安全対策課長通知において、高度管理医療機器販売業等の営業所管理者、修理業の責任技術者の継続研修の実施に当たっては、昨今の社会情勢を鑑み、今後、講習等の実施に当たっては、インターネット等を利用した方法で実施しても問題ないことが示されております。

日本薬剤師会では、昨年度に引き続き、事前収録したコンテンツ及びインターネット等を利用した継続研修の実施要領をまとめました。

山形県薬剤師会は、本実施要領に基づき、令和6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を開催いたします。

### 1 研修の目的

この研修は、医薬品医療機器等法施行規則第168条に基づく、高度管理医療機器販売業等の営業所管理者に対する研修、並びに、同規則第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として実施するものです。

### 2 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 研修方法

インターネット研修（日本薬剤師会作成コンテンツ使用）

\* 視聴方法等の詳細は、受講申込者に別途通知します。

### 4 研修の内容及び講師

- (1) 「医薬品医療機器等法及び関連法令」

（公財）医療機器センター 常務理事 新見裕一 氏

- (2) 「医療機器の品質管理」

（一社）日本医療機器産業連合会 販売・保守委員会委員 浦富恵輔 氏

(3) 「医療機器の不具合報告及び回収報告」

(一社) 日本医療機器産業連合会 PMS委員会 委員 三田哲也 氏

(4) 「医療機器の情報提供および薬剤師が知っておきたい機器等の話題」

(公財) 医療機器センター医療機器産業研究所 主任研究員 本田大輔 氏

5 研修の開催日、視聴期間

インターネット研修

受講期間：令和6年11月2日（土）午前9時～11月8日（金）午後5時まで

6 受講料(テキスト代・送料を含む)

(1) 会 員 3, 0 0 0 円 非会員 5, 0 0 0 円

(2) 受講料は、後日お送りするテキスト及び受講票に郵便振替用紙を同封いたしますのでお近くの郵便局から送金願います。

7 募集定員 150名

8 申し込み方法

別添受講申込書に必要事項をご記入の上、FAX (023-632-5196) にて、お申込み下さい。

9 申込み締切日

令和6年9月30日（月）必着

10 受講票について

受講申込者の事業所宛に受講票を郵便にてお送りいたします（10月下旬頃送付予定）。

受講票に視聴するためのID及びパスワード等を記載いたします。

11 出席確認レポート提出締切日

令和6年11月12日（火）必着

※11月2日（土）からの受講後、随時受付いたします。

レポート用紙はテキスト及び受講票に同封いたします。

12 受講修了証の交付

すべての研修を受講し、レポートを提出された方には、受講修了証を交付いたします。

※後日郵送いたします。

### 13 注意事項

- (1) 受講者が全ての講義を最後まで受講したかの出席確認及び受講者と講師が質疑応答できるなどの双方向性の確保が必要となることから、「出席確認レポート」の提出による確認をいたします。
- (2) 提出された質問内容は、後日、山形県薬剤師会ホームページに掲載します。
- (3) すべての講義を視聴し、出席確認レポートの提出及び受講料の納入した方に受講修了証を交付します。
- (4) 申込者の都合により受講をキャンセルされた場合、受講料の返金はいたしません。
- (5) 本研修会は日本薬剤師会作成のコンテンツを使用するため、日本薬剤師会研修センター研修認定単位対象外となります。ご了承願います。
- (6) 各事業所の登録状況等については、各保健所にご確認願います。

### 14 お問い合わせ先

一般社団法人山形県薬剤師会事務局

TEL: 0 2 3 - 6 2 2 - 3 4 8 4

令和6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 岩月 進 殿

一般社団法人山形県薬剤師会

会長 岡崎 千賀子 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		性別	男・女
		生年月日	昭和 平成 年 月 日
会員非会員区分	<input type="checkbox"/> 山形県薬剤師会会員 <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"/> 自宅住所		
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・令和 年 月 日
営業所(事業所)電話番号	TEL: - - (内線)		
受講票等の送付先を「自宅住所」に✓した方は、自宅住所及び自宅TELもご記入下さい。			
自宅住所	〒 _____ 都 道 府 県		
自宅住所電話番号	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 ※いずれかの□にチェックしてください。		
	※薬剤師以外の方は以下の項目もご記入ください。		
	基礎講習 の受講	<input type="checkbox"/> (社)日本ホームヘルス機器協会 <input type="checkbox"/> (財)医療機器センター <input type="checkbox"/> (財)総合健康推進財団	修了証番号

研修開催日・視聴期間	令和6年11月2日(土)午前9時 ~ 11月8日(金)午後5時まで
------------	-----------------------------------

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。

申込先: 一般社団法人 山形県薬剤師会 FAX番号 023-632-5196

申込締切: 令和6年9月30日(月) 必着