**令和7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

* **申込書に不備がある場合、受付できませんのでご注意下さい。**

一般社団法人山形県薬剤師会

|  |  |
| --- | --- |
| 受講番号 | ※実施機関記入 |

　　　　会 長　　岡嵜　千賀子 殿

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （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 | | □　山形県薬剤師会会員　　□　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　　　□　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 | □　販売業等の営業所管理者　　　　　　　　　□　修理業責任技術者  □　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 | □（社）日本ホームヘルス機器協会  □（財）医療機器センタ－  □（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7年1１月1日(土)午前9時 ～　1１月7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は、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７年９月２７日(土)　必着**