

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 山本 信夫 殿  
 一般社団法人 奈良県薬剤師会 会長 吉川 恵司 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)                          |                                       |                              | 性別             | 男     | ・ | 女   |
| 申込者氏名                           |                                       |                              | 生年月日           | 大正    | 年 | 月 日 |
|                                 |                                       |                              |                | 昭和    |   |     |
|                                 |                                       |                              |                | 平成    |   |     |
| 薬剤師免許番号 (薬剤師の方のみ)               |                                       |                              |                |       |   |     |
| 参加区分<br>(いずれかにチェックしてください)       | <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<br>(いずれか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           |       |   |     |
| 営業所 (事業所) 電話番号                  | 直通 TEL : _____                        |                              | (内線)           |       |   |     |
| 許可番号 ※                          |                                       |                              | 許可年月日 ※        | 年 月 日 |   |     |
| 現住所<br>(必ずご記入ください)              | 〒 _____                               |                              | 都道府県           |       |   |     |
| 電話番号                            | 連絡先 TEL : _____                       |                              | 携帯 TEL : _____ |       |   |     |

|                              |   |
|------------------------------|---|
| 受講要件の確認<br>(いずれかにチェックしてください) | <input type="checkbox"/> 販売業等の営業所管理者<br><input type="checkbox"/> 修理業責任技術者<br><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 |
| 基礎講習の受講<br>(いずれかにチェックしてください) | <input type="checkbox"/> 基礎講習免除者 (医師・歯科医師・薬剤師 等)<br><input type="checkbox"/> 基礎講習修了者 (修了証番号 _____ )<br>(実施団体 _____ )          |

**払込金受領証のコピーを  
こちらに貼付してください**

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。

申込先：奈良県薬剤師会 (FAX:0744-22-2739)