

平成30年度 医療機器販売等の営業所管理者
 医療機器修理業の責任技術者に対する継続研修
 ～ 高度管理医療機器等継続研修会 ～

申込書

申込日 平成 年 月 日

申込日を記入して
下さい

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 沖縄県薬剤師会
 会長 亀谷 浩昌 殿

受講番号 実施機関記入

事務局が管理します
ので記載しないで下

※ 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。

| | | | | | |
|---|---------------------|--|-----------------------|-------|---|
| (フリガナ) | | 性 別 | 男 ・ 女 | | 医療機器管理者 (薬剤師)の氏名等 を記載して下さい |
| 申込者氏名 | 印 | 生年月日 | T ・ S ・ H | 年 月 日 | |
| 薬剤師 (<input type="checkbox"/> 沖縄県薬剤師会会員 <input type="checkbox"/> 非会員) | | <input type="checkbox"/> 薬剤師以外の方 | | | 沖縄県薬剤師会の会 員と非会員で受講料が 異なりますので、必ず チェックして下さい |
| 受講票等の送付先 (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) <input type="checkbox"/> 現住所 | | | |
| 営業所(事業所)名 | | | | | 薬局等の名称・住所 電話番号を記載して 下さい |
| 営業所(事業所) 住 所 | 〒 _____ 沖縄県 | | | | 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・ 許可年月日を記載し て下さい |
| 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 | 〒 _____ 沖縄県 | | | | 申込者の住所、電話 番号を記載して下さ い |
| 電 話 番 号 | 連絡先 TEL : _____ | | 携帯 TEL : _____ | | |
| <input type="checkbox"/> 販売業等の営業管理者 | | <input type="checkbox"/> 修理業責任技術者 | | | 今回受講される薬局 の方は“販売業等の 営業管理者”に該当し ます |
| <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 | | ※ <input type="checkbox"/> にチェックしてください。 | | | |

上記の通り、継続研修を申し込みます。

*は、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。

申込期限: 10月31日(水)
振込期限: 10月31日(水)

振込先 : 沖縄銀行 本店 普通 口座番号 1150075 一般社団法人 沖縄県薬剤師会
 受講料の口座振込み時の貴殿のお振込み名称の記入をお願いします。

お振込み名称()

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。