**令和２年度　医療機器販売業等の営業所管理者**

申込書

**医療機器修理業の責任技術者に対する継続研修**

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

公益財団法人大分県薬剤師会

　会長　安東　哲也　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** | | |
| **受講者氏名** | |  | | | | **生年月日** |  | | |
| **年　　月　　日** | | |
| **薬剤師会会員** | | **会員** | | | **・** | | | **非会員** | |
| **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** | |  | | | | | | | |
| **営業所（事業所）**  **ＦＡＸ番号** | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |
| **受講要件の**  **確認** | | □　販売業等の営業管理者　　　　□　修理責任技術者  □　販売業等の営業所管理者および修理責任技術者兼務  ※該当者は□にチェックしてください。 | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |
| **研修会** | 開催日時 | | | 会場名 | | | | | どちらかに○ |
| 令和3年2月21日(日)  14:00～16:30 | | | 大分県薬剤師会館３階　研修ホール | | | | |  |
| zoomを使用してのｗｅｂ受講 | | | | |  |
| **※zoom受講希望の場合**  **連絡先メールアドレス** | | |  | | | | | | |

※受付後、ｋｅｎｓｙｕ＠ｏｉｔａｋｅｎｙａｋｕ．ｏｒ．ｊｐより事前登録ページへのＵＲＬを送付いたします。上記メールアドレスを受信できるよう設定をお願いいたします。

上記のとおり、継続研修を申し込みます。

※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。

※令和３年２月１５日(月)までにＦＡＸ０９７-５４４-１０５１へ送付ください。