

令和4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 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 (西暦)	年 月 日
薬剤師会会員	会員 (大分県薬会員)	会員 (他県薬会員)	非会員 (県薬未加入)
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	<input type="checkbox"/> 販売業等の営業管理者 <input type="checkbox"/> 修理責任技術者 <input type="checkbox"/> 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5年1月15日(日) 10:00~12:30	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			

※本用紙にて申し込みをお願いいたします。

※受講確認は zoom の入退室記録と、複数回のキーワードにて行います。受講確認が取れない場合、修了書の発行が出来かねますので、ご留意ください。

※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。

上記のとおり、継続研修を申し込みます。

※令和5年1月9日(月)までにFAX 097-544-1051へ送付ください。