

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、ご注意ください。

※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。