

平成29年9月7日(木) 締切り

(一社)福島県薬剤師会事務局 行

**FAX番号024-549-2209**

平成29年度

医療機器販売等の営業管理者、医療機器修理業の責任技術者に対する継続研修受講申込書

※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。

フリガナ			
氏名			
性別	男性・女性	生年月日	年月日生
受講票等の書類送付先 (ご希望の送付先に✓してください。)	<input type="checkbox"/> 事業所住所		
	<input type="checkbox"/> 自宅住所		
事業所名			
事業所住所	〒 _____		
事業所TEL	( )		
事業所FAX	( )		
許可番号※			
許可年月日※	平成 年 月 日(許可開始日)		
<b>受講票等の送付先を「自宅住所」に✓した方は、自宅住所及び自宅TELもご記入ください。</b>			
自宅住所	〒 _____		
自宅TEL	( )		

受講要件の確認(該当するものに✓してください。)

基礎講習の受講	<input type="checkbox"/> (一社)日本ホームヘルス機器協会 <input type="checkbox"/> (公財)医療機器センター <input type="checkbox"/> (公財)総合健康推進財団 <input type="checkbox"/> 基礎講習受講免除者(薬剤師・薬種商)
基礎講習修了証番号	※基礎講習受講免除者(薬剤師・薬種商)は、記入の必要はありません。
区分	<input type="checkbox"/> 販売業等の営業所管理者 <input type="checkbox"/> 修理業責任技術者 <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

※ 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。

※ ご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。

受講番号	*県業記入欄
会員区分	会員・非会員