

# 平成21年度医療機器販売業等の管理者 医療機器修理業の責任技術者に対する継続研修会 開催案内

主催：(社)日本薬剤師会  
共催：(社)岐阜県薬剤師会

## 1 目的

- ①薬事法施行規則第168条及び第175条第2項に基づく医療機器販売業等の営業所の管理者に対する研修。
- ②薬事法施行規則194号に基づく医療機器修理業の責任技術者に対する研修。

## 2 受講対象者

- ①高度管理医療機器等の販売業等の営業管理者
  - ②医療機器修理業の責任者
  - ③特定管理医療機器の販売業等の営業管理者
- なお、①及び②については毎年度受講の義務がありますが、③については努力義務となっております。

## 3 内容

- ①薬事法その他薬事に関する法令
- ②医療機器の品質管理
- ③医療機器の不具合報告及び回収報告
- ④医療機器の情報提供

## 4 開催日時等

日時：平成21年12月13日(日) 午後2時00分～午後4時30分(受付は午後1時30分～)

場所：長良川国際会議場 4階 大会議室

岐阜市長良福光2695-2 TEL058-296-1200

定員：300名(先着順)

講師：(財)岐阜県公衆衛生検査センター理事 小川 宗治 氏

：三和化学研究所診断薬事業部 多田 祥二郎 氏

受講料：岐阜県薬剤師会会員3,000円(テキスト、修了証代含む)非会員5,000円( 〃 )

## 5 申込方法等

- ①下記あて郵便局にて受講料をお振り込みください。

口座番号：00890-4-42418

口座名称：(社)岐阜県薬剤師会

(注)郵便局備え付けの振込用紙をご使用いただき、振込人名は申込者名を、通信欄には受講する研修会名を記入し、**お1人申込書毎に1振込してください**。なお、振込手数料は振込人がご負担ください。

- ②同封申込書に必要事項を記入し、振込領収書を添付のうえ、県薬事務局あてFAXにてお申し込みください。(岐阜県薬剤師会事務局 FAX 058-240-0500)

- ③締切日以降1週間以内に受講証を、申込者の勤務先あてにお送りいたします。受講証が届かない場合には事務局までお問い合わせください。

- ④**締切日：11月30日(期限厳守)**

## 6 注意事項

- ① 締切日以降及び当日の受付はいたしません。また、締切日以降のキャンセル、または当日欠席された場合には受講料の返金はいたしません。
- ② 定員になり次第締め切らせていただきます。その場合には先にお振り込みいただきました受講料は返還させていただきます。
- ③ 当日は受講証を受付窓口に提示いただき、必ず出席の確認をしてください。  
また、終了後は受講証と引き替えに修了証を交付いたします。受講証がない場合には受講することは出来ません。

## 7 修了証の交付

研修の全時間を受講した方には、研修会終了後に修了証を交付いたします。遅刻・早退・長時間に渡り席を離れた場合には、修了証の交付はいたしませんのでご注意ください。また、この場合には受講料の返還はいたしません。



医療機器の販売及び賃貸管理者の継続研修  
医療機器の修理業責任技術者の継続研修 申込書

申込日 平成 年 月 日

(社) 日本薬剤師会  
会長 児玉 孝 殿  
(社) 岐阜県薬剤師会  
会長 山崎 太 殿

受講番号	※実施機関記入
------	---------

※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

下記のとおり、継続研修を申し込みます

(フリガナ) 申込者氏名		性別	男・女
	印	生年月日	大正 昭和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 岐阜県薬剤師会会員		<input type="checkbox"/> 非会員	
受講票等の書類送付先 (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)住所		<input type="checkbox"/> 現住所
営業所(事業所)名			
営業所(事業所)住所	〒 _____ 都 道 府 県		
許可番号*		許可年月日*	
営業所(事業所)電話番号	直通Tel _____ (内線)		
現住所	〒 _____ 都 道 府 県		
電話番号	連絡先 _____	携帯	_____
受講要件 の確認	<input type="checkbox"/> 販売・賃貸管理者 <input type="checkbox"/> 修理業責任技術者 <input type="checkbox"/> 販売・賃貸管理及び修理業責任技術者兼務 ※該当者は□にチェック		
	基礎講習 の受講	<input type="checkbox"/> (社)日本ホームヘルス機器協会 <input type="checkbox"/> (財)医療機器センター <input type="checkbox"/> (財)総合健康推進財団	修了証 番号

※許可番号、許可年月日は高度管理医療機器販売業及び賃貸業許可証の許可番号、許可年月日です。  
※該当箇所にレを付して下さい。※基礎講習は薬剤師様の場合免除ですので記入不要。  
※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。

郵便振替払込請求書兼受領書を  
貼って FAX してください。  
(058-240-0500)

締切日 平成 21 年 11 月 30 日 (期限厳守)