

申込先:群馬県薬剤師会 (FAX 027-223-5308)  
締切日:6月29日(期限厳守)

平成30年度 医療機器販売業等の営業所管理者 継続研修会 申込書  
医療機器修理業の責任技術者

申込日:平成30年 月 日

日本薬剤師会 会長 山本信夫 殿  
群馬県薬剤師会 会長 武智洋一郎 殿

下記のとおり、継続研修を申し込みます。

※申込書に不備がある場合には受付できませんのでご注意ください。

フリガナ		性別	男・女
申込者氏名		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 群馬県薬剤師会会員(会員番号: ) <input type="checkbox"/> 非会員			
営業所(事業所) の名称			
営業所(事業所) の住所等	〒 ー 都・道・府・県 郡・市 TEL ー ー (内線 )		
申込者の 現住所等	〒 ー 都・道・府・県 郡・市 TEL ー ー 携帯 ー ー		
受講要件	<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		
の確認	基礎講習 の受講 (受講者のみ記入)	<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

※該当個所に○またはVを付して下さい。

※ここに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。

※本研修会については、申込者(管理者)が非会員の場合でも、

営業所(事業所)にてA会員として登録している場合には、会員扱いとして受講出来ます。

その場合には、会員番号の後に会員氏名も合わせてご記入ください。

※基礎講習の受講については、薬剤師は免除されていますので記入不要です。

この枠内に振込領収書を貼って  
FAXしてください。