

平成21年度 医療機器販売業等の営業管理者、
医療機器修理業の責任技術者に対する継続研修

申込書

申込日 平成 年 月 日

社団法人 日本薬剤師会
会長 児玉 孝 殿
社団法人 福井県薬剤師会
会長 廣部 満 殿

受講 番号	実施機関が記入
----------	---------

申込書に不備がある場合には受付できませんので御注意ください。

フリガナ		性別	男	女
申込(受講)者氏名		生年月日	大正 昭和	年 月 日
日本薬剤師会会員		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。)	営業所(事業所)住所		現住所	
営業所(事業所)名				
営業所(事業所)住所	〒 -			
許可番号 1		許可年月日 1	平成	年 月 日
営業所(事業所)電話番号	直通： - - (内線)			
現住所	〒 -			
電話番号	連絡先： - - (携帯) - -			

受講要件 の確認	販売業等の営業管理者 修理業責任技術者 販売業等の営業管理者及び修理業責任技術者兼務		該当者は にチェックしてください。	
	基礎講習 の受講 2	(社)日本ホームヘルス機器協会 (財)医療機器センター (財)総合健康推進財団	修了証番号 2	

上記のとおり、継続研修を申し込みします。

開催日時：平成22年2月11日(木・祝)
場所：北陸公衆衛生研究所
別館3階 研修室
福井市光陽4-4-6

- 1 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。
- 2 医師・歯科医師・薬剤師は記載不要です。

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。