## 令和3年度インターネットを利用した高度管理医療機器に係る継続研修のご案内

平成14年度7月に公布され平成17年4月より施行された改正薬事法では、医療機器の安全対策が 強化されることとなり、自己検査用血糖値測定器、コンタクトレンズ等の高度管理医療機器を取り扱っ ている薬局については、その販売に当たり事前に都道府県許可申請が必要となり、更に平成 18 年度か らは許可を受けた薬局・一般販売業の営業管理者は継続研修を毎年度受講することが義務づけられま

今年度も引き続き本会では(公社)日本薬剤師会との共催により、継続研修会を開催致しますが、 万全な新型コロナウイルス感染症対策が困難であるため、昨年度同様、インターネット研修を実施す ることになりました。

原則として居住県及びその近隣の都道府県の方を対象としております。 受講を希望される方は、以下をご確認の上お申し込みいただきますようお願い致します。

- ●主 催 公益社団法人 日本薬剤師会
- ●共 催 一般社団法人 千葉県薬剤師会
- 1. 開催日時:11月14日~28日随時受講可能
- 2. 研修実施場所 : インターネットを利用した研修
- 3. 受 料:千葉県薬剤師会会員 〃非会員 6,000円

(受講料はお申し込みの際に、所定の銀行口座へお振り込みとなります)

- 4. 対 象 者 : ①高度管理医療機器等の販売業等の営業管理者(薬事法施行規則第 168 条)
  - ②医療機器修理業の責任技術者(薬事法施行規則第194条)
  - ③特定管理医療機器の販売業等の営業管理者(薬事法施行規則第175条第2項)
  - \*①及び②については毎年度受講の義務があります。
    - ③については受講の努力義務があります。
- 5. 研修内容:①薬機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
- 6. 参加申込方法:下記口座に受講料をお振り込みの上、申込用紙に必要事項をご記入いただき、 受講料振込用紙の控えを申込用紙に添付の上、FAXにてお申し込み下さい。
  - \*お申し込み後のキャンセルにつきしまして、受講料の返金は致しませんのでご了承下さい。 申込〆切 令和3年10月19日(火)

「受講料振込口座 ] (振込料は各自ご負担願います)

本店 千葉銀行 普通預金

口座番号 3778625

- 一般社団法人 千葉県薬剤師会
- ○申込先 FAX 番号 (043 - 248 - 0646)
- 7. 今後のスケジュール及び受講修了証の交付について
  - 10 月末迄: テキスト、動画配信方法、ID・パスワード、レポート用紙を本会より送付。
  - 11 月 14 日~ 28 日: 当会ホームページより動画を視聴後、レポート用紙を当会宛 FAX または郵送する。
  - 12月6日以降:レポート報告者宛に受講修了証を送付、

質問事項があった場合はその内容を当会ホームページに掲載。

- \*12月2日までにレポート用紙が届かない方には受講修了証は送付いたしませんのでご注意下さい。 \*今年度は1回のみの開催となりますのでご注意ください。
- 8. 研修会に関するお問い合わせ
  - (一社) 千葉県薬剤師会 事務局: (TEL) 043-242-3802 (FAX) 043-248-0646

## 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

公益社団法人

日本薬剤師会

申込書

年 月 日

申込日 令和

会 長 山本	区 信夫 殿						
一般社団法人  千葉県薬剤師会							
会 長 杉浦	射 邦夫 殿						
				İ			
※申込書に不備がある場合、受付できませんのでご注意下さい。							
(フ リ ガ ナ)			性別		男	· 女	
				大正			
申 込 者 氏 名			生年月日	昭和 平成	年	月 	日
□ 千葉県薬剤師会 会員 □ 非会員 □ 非会員 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □							
営業所(事業所)名							
営業所(事業所)住所	〒						
許可番号*		許可年月	]日*		年	月	日
営業所(事業所) 電話番号	直通 TEL :	_	_	(1	内線)		
※自宅住所(県名)は本継続研修会の修了証を作成する際に必要となります。必ずご記入下さい。							
自 宅 住 所 (県名のみ)	       都道						
()((10)0)//	府県						
電話番号	連絡先 TEL:		_				
受講要件の確認	□販売・賃貸管理者    □修理業責任技術者						
	│ │□販売・賃貸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。						
	□ (一社) 日本ホームヘルス機器協会						
	■ 基礎講習の受講 □ 公財)医療機器センター ■ 修了証番号						
		□(公財)総·	合健康推進	財団			
振込完了後速やかにFAXでお送りください							
受講料振込用紙控えをこちらに添付して下さい							
上記のとおり、継続研修を申し込みます。							

\*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。

※ここにご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。