

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 令和 年 月 日

公益社団法人 日本薬剤師会
会 長 山本 信夫 殿

一般社団法人 千葉県薬剤師会
会 長 杉浦 邦夫 殿

※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)		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"/> 千葉県薬剤師会 会員		<input type="checkbox"/> 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 : - - (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)		都道府県		
電話番号	連絡先 TEL : - -			
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	<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	修了証番号	

振込完了後速やかに F A X 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、継続研修関連業務以外には使用いたしません。