

# 令和3年度高度管理医療機器等の販売業等に係る継続研修会のご案内

平成17年4月の改正薬事法の施行に伴い、平成18年4月1日より、高度管理医療機器販売業・賃貸業の営業所の管理者及び修理業の責任者技術者には、毎年継続研修の受講が義務づけられています。

静岡県薬剤師会では、本年度も日本薬剤師会と共催で下記のとおり継続研修を実施しますのでご案内申し上げます。

なお、新型コロナウイルスの影響により、やむを得ず開催延期・中止となる場合がありますので、予め申し添えます。

## 日時・会場・募集定員

	日時	会場	募集定員
第1回	令和3年8月8日(日) 14:00~16:30	静岡労政会館 6階 ホール 静岡市葵区黒金町5-1 電話 054-221-6280	先着 142名
第2回	令和4年2月13日(日) 14:00~16:30	静岡労政会館 6階 ホール 静岡市葵区黒金町5-1 電話 054-221-6280	先着 142名

## 受講料

静岡県薬剤師会の正会員は2,000円、左記以外は5,000円

※テキスト代・消費税を含みます。

※申込者側の都合でキャンセルした場合、納入された受講料は返金できませんのでご了承ください。

## 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（薬機法施行規則第168条）
- ②医療機器修理業の責任技術者（薬機法施行規則第194条）

※①②とも毎年度受講の義務があります。

## 研修内容

- ①医薬品医療機器等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 等

## 申込方法

- 1 所定の申込書用紙にご記入のうえ、ファクシミリ（FAX番号054-203-2028）等にて、**静岡県薬剤師会事務局あて令和3年7月16日（金）までにお申込みください。**受講申込書受理後に「振込取扱票」を送付しますので、**指定日までに最寄りの郵便局で払い込みください。**受講料納入確認後に受講票を送付します。
- 2 申込書は1枚につき1名分です。当日参加される方の氏名等をご記入ください。
- 3 先着順で定員となり次第締め切りとさせていただきます。
- 4 受講票は当日必ずご持参ください。

## 修了証の交付

研修会終了後に継続研修修了証を交付します。（遅刻・早退・長時間にわたり離席された方には修了証を交付しませんのでご注意ください。この場合であっても受講料は返還いたしません。）

## その他

本会ホームページ掲載の「静岡県薬剤師会開催の会議・研修等における新型コロナウイルス感染症防止対策について」により感染症防止対策を行い開催いたします。感染症防止対策にご理解をいただき、研修会参加時には、「参加者へのお願い」についてご協力くださいますようお願いいたします。

なお、新型コロナウイルスの影響により、やむを得ず開催中止となる場合があります。

（開催中止の場合は、FAX、ホームページへの掲載等の方法によりお知らせいたします。）

[事務局] 公益社団法人 静岡県薬剤師会 <http://www.shizuyaku.or.jp>

〒422-8063 静岡市駿河区馬淵二丁目16番32号 静岡県薬剤師会館

電話 054-203-2023 F A X 054-203-2028 E-mail : kenyaku@shizuyaku.or.jp

令和3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

第1回  
(8月8日)

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

公益社団法人 静岡県薬剤師会  
会長 石川 幸伸 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。

受講番号

※実施機関記入

(フリガナ) 申込者氏名		性別	男・女
	印	生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日
会員区分	<input type="checkbox"/> 日本薬剤師会会員 <input type="checkbox"/> 非会員	薬剤師番号	
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*	平成・令和 年 月 日
営業所(事業所) 電話FAX番号	直通TEL: _____ FAX: _____		
現住所	〒 _____ 都道 府県		
電話番号	連絡先TEL: _____	携帯TEL: _____	

受講要件 の確認	<input type="checkbox"/> 販売業等の営業管理者 <input type="checkbox"/> 修理業責任技術者 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> にチェックしてください。		
	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

継続研修	開催日	会場名
	令和3年8月8日(日)	静岡労政会館 6階 ホール

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。