

令和8年度 医療機器販売業等の営業所管理者
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 令和 年 月 日

公益社団法人 日本薬剤師会
会長 岩月 進 殿
一般社団法人 長崎県薬剤師会
会長 井手 陽一 殿

受講番号 ※実施機関記入

※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) 申込者氏名		生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
薬剤師名簿登録番号 (薬剤師のみ記入)		性別	男 ・ 女
会員区分	☐ 長崎県薬剤師会会員 ☐ 非会員		
受講方法	☐ 会場受講 ☐ Web受講		
受講票等の書類送付先 (希望の送付先にチェック)	☐ 勤務先(事業所)住所 ☐ 自宅住所		
勤務先(事業所)名			
勤務先(事業所)住所	〒 ー 都 道 府 県		
許可番号*		許可年月日*	平成 ・ 令和 年 月 日
勤務先(事業所)電話番号	TEL:		
自宅住所	〒 ー 都 道 府 県		
電話番号	連絡先TEL:		携帯 TEL:
メールアドレス (Web受講者必須)	※アルファベット・数字等わかるように記入してください。		

受講要件の確認	☐ 販売業等の営業所管理者 ☐ 修理業責任技術者 ☐ 販売業等の営業所管理者及び修理業責任技術者兼務 ※該当する口にチェック		
	基礎講習の 受講 (薬剤師記入不要)	☐ (一社)日本ホームヘルス機器協会 ☐ (公財)医療機器センター ☐ (公財)総合健康推進財団	修了証番号 (薬剤師記入不要)

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貸与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、継続研修関連業務以外には使用いたしません。

入金した受講料の払込票と併せて、令和8年11月11日(水)までにFAX(095-848-6160)でお申込みください。