

平成 29 年度高度管理医療機器等の販売業等に係る継続研修について

【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】

主催 : 公益社団法人日本薬剤師会

共催 : 一般社団法人京都府薬剤師会

【研修の目的】

- 1) 医薬品医療機器等施行規則第 168 条に基づく高度管理医療機器販売業等の営業所管理者に対する研修
- 2) 医薬品医療機器等法施行規則第 194 条に基づく医療機器修理業の責任技術者に対する研修

【受講対象者】 毎年度受講の義務があります。

- 1) 高度管理医療機器等の販売業等の営業所管理者
- 2) 医療機器修理業の責任技術者

【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
- 5) その他

【日時・会場・講師】

	日時	会場名	場所	研修
A	平成 29 年 11 月 19 日(日) 14:00~16:00	京都商工会議所 [定員 300 名]	京都市中京区烏丸通夷川上ル (Tel.075-212-6400)	◆医薬品医療機器等法その他薬事に関する法令 ◆医療機器の品質管理 ◆医療機器の不具合報告及び回収報告 ◆医療機器の情報提供
B	平成 29 年 12 月 3 日(日) 14:00~16:00	京都府立中丹 勤労者福祉会館 [定員 100 名]	福知山市昭和新町 105 (Tel.0773-23-2216)	講師：京都府・京都市 ◆その他

【申込方法】

別紙受講申込用紙に必要事項を記入いただき京都府薬剤師会事務局 (FAX: 075-525-1650) へ FAX にてお申込み下さい。(FAX 番号はお間違えのないようご注意ください。)

【申込締切日】

各開催日の 3 週間前 (各開催日とも先着順に受付、定員に達した場合はその時点で受付終了とさせていただきます。)

【受講料】 (テキスト代含む)

京都府薬剤師会員 2,500円 他府県薬会員 3,500円 非会員 6,000円

【受講料の払込・受講票の発送について】

受講料の払込用紙は受講票とともに受講日の約 2 週間前に送付いたしますので、受講日の 2 日前までにお振込手続き下さい。(当日、現金でのお支払は受付いたしませんのでご了承下さい。)

なお、ご入金後キャンセルされた場合、ご返金について対応しかねますのでご了承下さい。(後日、テキストのみ発送いたします。)

【受講修了証、日本薬剤師研修センターシールについて】

A・Bいずれかの日程で、1 日の研修内容をすべて受講された方に限り、研修会終了後、受講修了証、日本薬剤師研修センターシール 1 単位 (薬剤師のみ) を送付いたします。(遅刻・長時間にわたる離席、途中退席の方には受講修了証、日本薬剤師研修センターシールは発行できませんので予めご了承下さい。)

【お問合せ先】 一般社団法人京都府薬剤師会 事務局 (担当 吉原) TEL 075-551-0376

平成 29 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

受講申込書

申込日 平成 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 京都府薬剤師会 会長 川勝 一雄 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。
- ※ また、申込み後受講者等変更が生じる場合は必ず連絡下さい。(受講当日の変更は受付できません。)

①	(フリガナ) 受講者氏名	性別	男 ・ 女
		生年月日	年 月 日
	自宅住所・TEL・FAX	〒 ー 都 道 府 県 TEL FAX	
	職種区分	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> その他	
	会員区分	<input type="checkbox"/> 京都府薬剤師会員 <input type="checkbox"/> 他府県薬会員 <input type="checkbox"/> 非会員	

②	営業所(事業所)名	
	営業所(事業所) 住所・TEL・FAX	〒 ー 都 道 府 県 TEL FAX

③	受講票・修了証の送付先 (ご希望の送付先に✓をつけて下さい。)	<input type="checkbox"/> 営業所(事業所) <input type="checkbox"/> 自宅 (受講票は受講日の約2週間前に、受講料払込用紙とともにお送りいたします。)
---	------------------------------------	--

④	受講要件の確認 (該当する□に✓をつけてください)	<input type="checkbox"/> 販売業等の営業所管理者 <input type="checkbox"/> 修理業責任技術者 <input type="checkbox"/> 販売業等の営業所管理者及び修理業責任技術者兼務
---	------------------------------	---

⑤	基礎講習の受講 ※1	<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
---	------------	---

※1 基礎講習免除者(医師・歯科医師・薬剤師等)は記入の必要はございません。

⑥	希望される受講日の アルファベットに○をつけて下さい。	A 平成 29 年 11 月 19 日(日) 京都商工会議所 (京都市)	B 平成 29 年 12 月 3 日(日) 京都府中丹勤労者福祉会館 (福知山市)
---	--------------------------------	---	--

⑦	ご質問等があればご記入ください。
---	------------------

上記のとおり、継続研修を申し込みます。

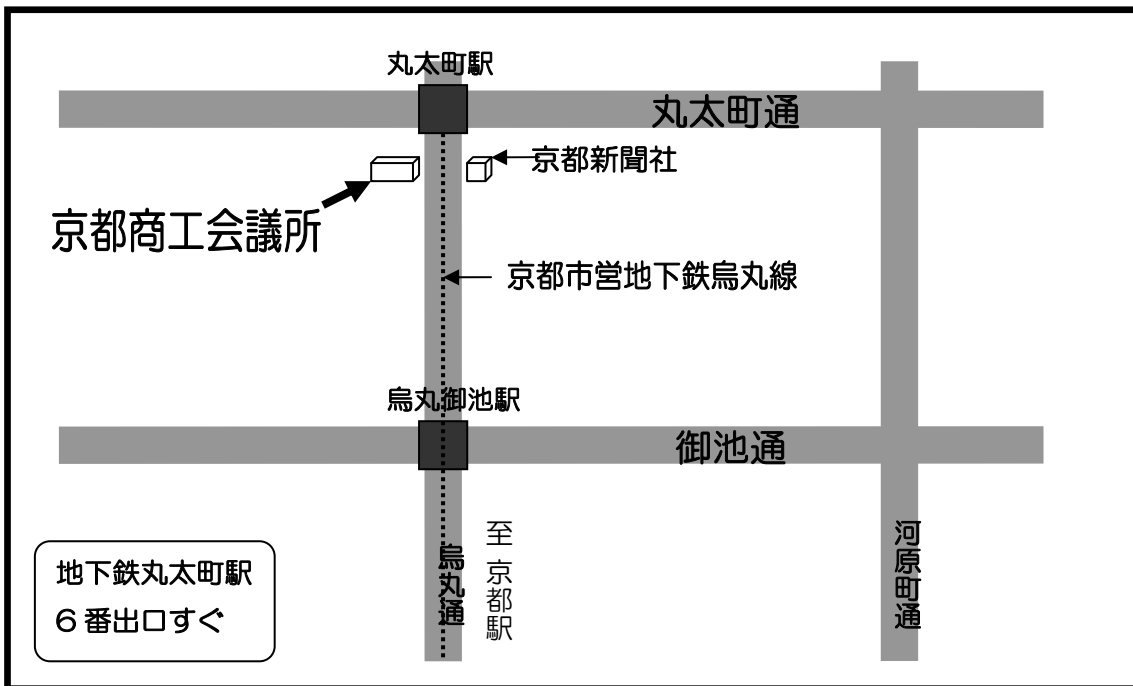
申込先 : 京都府薬剤師会事務局 FAX 075-525-1650

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。

会場案内図

A 11/19 (日) 京都商工会議所

京都市中京区烏丸通夷川上ル Tel075-212-6400



B 12/3 (日) 京都府立中丹勤労者福祉会館

福知山市昭和新町 105 Tel0773-23-2216

