

# 令和2年度 高度管理医療機器等の販売業等に係る継続研修のご案内

主催 公益社団法人 日本薬剤師会

共催 一般社団法人 兵庫県薬剤師会

高度管理医療機器等の販売業等の営業所管理者には毎年継続研修の受講が義務付けられています。

一般社団法人兵庫県薬剤師会では、下記の通り継続研修会を開催致します。

受講を希望される方は、継続研修申込書に必要事項を記入し、受講料振込用紙の控え(受領証)を貼付の上、FAX 又は郵送にてお申込下さいませよう、お願い申し上げます。

また、申込書は兵庫県薬剤師会ホームページのトップページからダウンロードも可能です。

## 記

### 加古川会場

令和2年12月10日(木) 15:00~17:00

加古川市民会館 大ホール[定員 750名]

加古川市加古川町北在家 2000 番地

#### アクセス

- ・JR 加古川駅より、バスで約5分(南側バス停②番のりばか③番のりばの「東加古川駅」行きか「尾上公民館前」行きに乗車。「市役所前」にて下車。)
- ・JR 加古川駅より徒歩で約15分

### 神戸会場

令和2年12月19日(土) 15:00~17:00

神戸文化ホール 中ホール[定員 400名]

神戸市中央区楠町 4-2-2

#### アクセス

- ・神戸市営地下鉄「西神・山手線」「大倉山」駅西1番出口より徒歩1分
- ・JR「神戸」駅より北へ徒歩10分
- ・各種私鉄「高速神戸」駅より徒歩8分

### 受講対象

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

①及び②については毎年度、継続研修の受講の義務があります。

### 受講料(テキスト代含む)

兵庫県薬剤師会 会員 3,000円  
" 非会員 6,000円

※受講料振込後、申込者の都合によりキャンセルされた場合は、返金は致しかねますが、テキストを送付させていただきます。

### 研修内容・講師

- 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、不具合報告
  - ③医療機器の情報提供
- ・兵庫県健康福祉部健康局薬務課  
} 兵庫県医療機器協会

### 申込方法

受講料の振込控を貼付の上、受講申込書を兵庫県薬剤師会宛 FAX または郵送で申込。

受講料振込先：口座番号(郵便振替)：01120-1-1747 加入者名：一般社団法人兵庫県薬剤師会

\*通信欄に「〇月〇日 継続研修」「受講者名」を必ず明記願います。

\*郵便局備付けの用紙をご利用ください。振込手数料は受講者にてご負担ください。

※申込締切日 11月20日(金) 但し、申込受付は先着順、定員になり次第終了です。

研修会1週間前頃に受講票を FAX 送信いたしますので、当日必ずご持参下さい。

兵庫県薬剤師会 〒650-0011 神戸市中央区下山手通 6-4-3

TEL : 078-341-7585 FAX : 078-341-7113

### 受講修了証の交付について

- 研修会終了後、全ての研修を受講された方に限り、修了証を交付いたします。
  - 『30分以上の遅刻』や『研修中、長時間にわたり席を離れた方』、『研修終了前に退席された方』には修了証の交付はいたしません
- \*管理者以外の方に、修了証は発行できませんのでご注意ください。

以上

令和2年度

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

公益社団法人 日本薬剤師会 会長 山本 信夫 様  
一般社団法人 兵庫県薬剤師会 会長 笠井 秀一 様

※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。

下記のとおり継続研修を申し込みます。参加希望日に○をお願いします。

申込日: 令和 年 月 日

【加古川会場】令和2年12月10日(木) 15:00~17:00 加古川市民会館 大ホール			
【神戸会場】令和2年12月19日(土) 15:00~17:00 神戸文化ホール 中ホール			
フリガナ		性別	男 ・ 女
申込者氏名	印	生年月日	昭和 年 月 日 平成
<input type="checkbox"/> 兵庫県薬剤師会会員 (会員番号: ) 当日は会員証をご持参ください。		<input type="checkbox"/> 兵庫県薬剤師会非会員	
		(いずれかに✓、会員の方は 会員番号をご記入ください)	
薬剤師免許番号※	※日本薬剤師研修センターの規定により薬剤師免許番号の 提出が義務付けられました。薬剤師の方はご記入下さい。 ※ご記入が無い場合は研修シールを配布できないことがあります。		
薬局又は 事業所名	薬局又は 事業所住所	〒 都道 府県	
薬局又は事業所 電話番号	— —	FAX (受講票送付先)	— —
許可番号※	許可年月日※ 年 月 日		

※ 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(有効期間の開始日)です。

申込者 現住所 (都道府県のみ)	都道 府県 (※都道府県名は受講修了証の発行の際 必要となりますので必ずご記入ください)
------------------------	--

受講要件の確認 (該当箇所必ず✓してください。受講修了証の発行の際必要です。)	
<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"/> 販売業等の営業管理者及び修理業責任技術者兼務	

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
※薬剤師の方は基礎講習が免除のため記入不要		

- 新型コロナウイルス感染状況・悪天候等により開催を中止または変更する場合がございます。中止または変更の場合には兵庫県薬剤師会 HPにて開催前日までにお知らせいたします。
- 発熱、風邪様症状がある場合、体調に不安がある場合には出席をお控え下さい。出席に際しては、マスク着用や手指の消毒を心掛け、濃厚接触を避けてください。

**【払込票兼受領証】を貼り付けてください**

※ 受講料振込先【郵便振替】  
口座番号: 01120-1-1747  
加入者名: 一般社団法人兵庫県薬剤師会

\*通信欄に「〇月〇日 継続研修」「受講者名」を必ず明記してお振込願います。  
\*郵便局備え付けの用紙をご利用ください。  
\*振込手数料は受講者にてご負担ください。

※受講料振込後、申込者の都合によりキャンセルされた場合は、返金は致しかねます。テキストのみ送付させていただきます。

※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

受付番号 (※県薬記入欄)	
---------------	--