

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
(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)
開催要領

平成17年4月の改正薬事法の施行に伴い、平成18年度から高度管理医療機器販売業・賃与業の営業所の管理者及び修理業者の責任技術者には継続研修を毎年度受講することが義務付けられております。

栃木県薬剤師会では日本薬剤師会と共催し継続研修(インターネット研修)を開催いたします。令和3年度版の専用URLよりID・パスワード(共通)を用いて視聴する方法で受講します。

1. 主催 公益社団法人 日本薬剤師会
2. 共催 一般社団法人 栃木県薬剤師会
3. 受講可能日時 令和3年11月14日(日) 9:00~24:00
4. 開催方法 インターネットを利用した研修
5. 対象者 栃木県内の事業所に勤務する下記①及び②の者
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
6. 定員 300人
7. 研修内容
コンテンツ①薬機法その他薬事に関する法令(約35分)
講師：公益財団法人 医療機器センター
常務理事 新見 裕一 氏
コンテンツ②医療機器の品質管理(約30分)
講師：一般社団法人 日本医療機器産業連合会
販売・保守委員会 委員 浦富 恵輔 氏
コンテンツ③医療機器の不具合報告及び回収報告(約30分)
講師：一般社団法人 日本医療機器産業連合会
PMS委員会 委員 三田 哲也 氏
コンテンツ④医療機器の情報提供(約70分)
講師：公益財団法人 医療機器センター 医療機器産業研究所
主任研究員 本田 大輔 氏
8. 受講申込 別紙(様式1)の申込書にて令和3年10月20日(水)までに
栃木県薬剤師会事務局へ、FAXでお申込みください。
準備の都合上、締切日以降は受付できません。

9. 受講料 5,000円 (テキスト代込)
(本会会員は本会より2,000円補助いたしますので、実際のご負担は3,000円となります。)
申込後、10月21日(木)までにお振込みください。

【振込先】足利銀行 江曾島支店 普通預金 3108836
(口座名) 一般社団法人 栃木県薬剤師会
会員3,000円/非会員5,000円 振込手数料はご負担ください。

10. 受講票等 受講票・出席確認レポート用紙及びテキスト等は、入金確認後おおむね受講可能日の7日前までに、申込書にご記入いただいた送付先へ発送いたしますので、届かない場合は栃木県薬剤師会事務局までご連絡ください。

11. 受講修了証 出席確認レポート用紙に、キーワード及びレポートをご記入いただき、受講の確認がとれた者に限り後日修了証を交付(郵送)いたします。

12. その他

(1) 視聴方法等の詳細及び連絡事項については、受講票でお知らせいたします。

(2) 必要機材・インターネットに接続できるパソコン等

・スピーカー(あるいはヘッドフォン)

※上記はノートパソコンであれば標準装備されているようですが、無い場合は、スマートフォン等でも可能です。

一般社団法人栃木県薬剤師会 事務局
〒321-0165 宇都宮市緑五丁目1番5号
TEL: 028-658-9877
FAX: 028-658-9847

(様式 1)

令和3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 山本 信夫 殿

一般社団法人 栃木県薬剤師会
会長 渡邊 和裕 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)		性別	男 ・ 女
申込者氏名 <small>※修了証に記載されますので 正確にご記入下さい。</small>		生年月日	昭和 年 月 日 平成
会員非会員区分	<input type="checkbox"/> 栃木県薬剤師会 会員 <input type="checkbox"/> 非会員 <small>※該当する方にチェックして下さい。</small>		
薬剤師免許登録番号			
営業所(事業所)名			
営業所(事業所)住 所	〒 ー ー 都 道 府 県		
営業所(事業所)電 話 番 号	直通 TEL: ー ー (内線)		
許 可 番 号 *		許 可 年 月 日 *	平成 年 月 日 令和
<small>* 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。</small>			
現 住 所 <small>※ご自宅の住所をご記入下さい。</small>	〒 ー ー 都 道 府 県		
連絡先電話番号	ー ー	携帯番号	ー ー
受講票等の送付先	<input type="checkbox"/> 営業所(事業所)住所 <input type="checkbox"/> 現住所 <small>※ご希望の送付先にチェックして下さい。</small>		

受講要件 の 確 認	<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 <small>※該当する箇所にチェックして下さい。</small>		
	基礎講習の受講 <small>※薬剤師の資格を有 する者は記載不要</small>	<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 <small>※該当する箇所にチェックして下さい。</small>	基礎講習 修了証番号

上記のとおり継続研修を申し込みます。

申込締切：令和3年10月20日(水)

申 込 先：(一社)栃木県薬剤師会 〒321-0165 宇都宮市緑5-1-5 FAX:028-658-9847

☆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。