**令和2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　 出席確認レポート用紙**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）  受講者氏名 | |  | 受講番号 |
|  |
| 受講日 | | 令和２年12月6日（日） | |
| 営業所（事業所）名 | |  | |
| テーマ：医療機器を販売する際の情報提供について、注意すべきこと | | | |
| レポート：200字以上で記入してください。 | | | |
| 質問事項（ない場合は空欄で提出してください） | | | |
| 出席確認用  キーワード | コンテンツ１（　　　　　　　）（　　　　　　　）（　　　　　　　）  コンテンツ２（　　　　　　　）（　　　　　　　）  コンテンツ３（　　　　　　　）（　　　　　　　）（　　　　　　　） | | |

※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。

いただいた質問事項に関しては受講者全員が共有できる形で回答いたします。その際は

質問者の氏名等は公開いたしません。

ＦＡＸ：０２８－６５８－９８４７　期限：12月9日(水)

|  |
| --- |
| 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  E-mail：totiyaku@fine.ocn.ne.jp |