

平成25年度高度管理医療機器継続研修会受講申込書

出席希望会場： _____ 月 _____ 日 開催 会場名： _____

◇ 参加者氏名： _____ 男 ・ 女

(道薬の 会員である ・ 会員ではない) ※どちらかに○をして下さい

◇ 平成24年度の高度管理医療機器継続研修会を受講していますか？

受講されている方については、修了証に記載されている受講番号をご記入してください。

・ 受講している (受講番号 _____ - _____) ・ 受講していない

※どちらかに必ず○をつけて下さい

◇ 薬剤師免許番号 _____ ※必ずご記入下さい

(医師・歯科医師の方はそれぞれの免許番号を、それ以外の方は管理者番号を記入下さい。
ただし、管理医療機器の販売・賃貸業の届出のみの方は記入不要です。)

◇ 施設名： _____

(道薬の基準薬局制度の認定を 受けている ・ 受けていない)

どちらかに○をして下さい

◇ 許可申請の種別

- | | |
|---------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 販売・賃貸管理者 | <input type="checkbox"/> 修理業責任技術者 |
| <input type="checkbox"/> 販売管理者及び修理業責任技術者 | <input type="checkbox"/> 賃貸管理者及び修理業責任技術者 |
| <input type="checkbox"/> 販売・賃貸管理者及び修理業責任技術者 | |

※ 修了証を発行する際に必要な重要項目となりますので、該当する項目に必ずレ印を ご記入下さい。また、本項目は道薬でお調べすることができませんので、許可証をご確認下さい。

(管理医療機器の販売・賃貸業の届出のみの方は記入不要です)

◇勤務先(連絡先)住所： ※受講料の振り込み用紙を送付いたしますので、必ずご記入下さい

〒 _____

◇連絡先TEL： _____

◇連絡先FAX： _____