

平成29年度高度管理医療機器継続研修会 受講申込書

受講希望会場： 月 日 開催 会場名： _____

◇ 受講者氏名： _____ 男 ・ 女
(受講者本人が道薬の 1. 会員である 2. 会員ではない) ※どちらかに○

◇ 所属の施設は「健康サポート薬局」または「北海道健康づくり支援薬局」ですか？
(1. 健康サポート薬局 2. 北海道健康づくり支援薬局 3. いずれでもない)
※いずれか1つに○。なお、1・2の両方に当てはまる場合は、1に○をお付けください。

◇ 平成28年度以前の北海道薬剤師会共催の高度管理医療機器継続研修会を受講されていますか？
受講されている方(個人)については、最新の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。
(1. 受講している <受講番号 - > 2. 受講していない) ※どちらかに○

◇ 薬剤師免許番号 _____ ※ 薬剤師の方は必ずご記入下さい
(なお、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。
また、管理医療機器の販売・貸与業の届出のみの方は記入不要です。)

◇ 施設名： _____

◇ 受講要件の確認(許可申請の種別)
(1. 販売業等の営業所管理者 2. 修理業責任技術者 3. 1と2の兼務)

※ 修了証を発行する際に必要な重要項目となりますので、いずれか1つに○印をお付け下さい。
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。

◇ 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： _____