

平成22年度 高度管理医療機器等の販売業等に係る継続研修会について

主催 社団法人 日本薬剤師会
共催 社団法人 大阪府薬剤師会

標記の研修会を下記の通り開催いたします。今年度（平成22年4月1日以降）の継続研修を受けておられない管理者の方はご参加いただきますよう、よろしくお願いいたします。

平成17年4月施行改正薬事法の規定により、高度管理医療機器等販売・賃貸業の許可を持っておられる薬局等の管理者は、標記の継続研修を毎年度受講することが法律上義務づけられています。

記

1. 日 時 平成23年1月29日（土）14:00～16:30（受付 13:00～）
2. 会 場 大阪市中央公会堂 大集会室
（大阪市北区中之島1-1-27）
3. 受講対象者
高度管理医療機器等の販売業または賃貸業の営業管理者（薬事法施行規則第168条）
高度管理医療機器等販売・賃貸業の許可を持っておられる薬局等の管理者が該当します。
医療機器修理業の責任技術者（薬事法施行規則第194条）
特定管理医療機器の販売業等の営業管理者（薬事法施行規則第175条第2項）
、 の方は毎年度受講の義務があります。 の方は毎年度受講の努力義務があります。
4. 受講料（テキスト代を含みます。）
大阪府薬剤師会会員：3,000円 大阪府薬剤師会非会員：5,000円
5. 定 員 1,000名
6. 研修内容
薬事法その他薬事に関する法令
医療機器の品質管理
医療機器の不具合報告及び回収報告
医療機器の情報提供

は大阪府健康医療部薬務課医療機器グループ 技師 森 とも子 氏
はニプロ(株)品質統括部医薬品総括製造販売責任者 芳田 豊司 氏
7. 申込方法
平成23年1月14日（金）までに下記の通りお申し込みください。
申込書を確認の上、順に受付いたします。（定員になり次第受付を締め切ります。）
受講申込書（様式1、コピー可）に必要事項をご記入の上、捺印してください。

郵便局（ゆうちょ銀行）備え付けの振込用紙に所定事項を記入し、受講料を入金してください。

口座番号 00920-6-37473

加入者名 (社)大阪府薬剤師会

通信欄に、必ず「1月29日継続研修会受講」、受講者名、薬局又は事業所名称、薬局又は事業所住所、連絡先電話番号をご記入ください。

振込手数料は、お申し込み者側でご負担願います。

で入金した受講料の払込金受領証のコピーを受講申込書の表面に貼付してください。

ファックスもしくは郵送で受講申込書を下記までご提出ください。郵送の場合は、封筒の表側に「1月29日継続研修会申込書在中」と朱書きし、裏側には受講者名、薬局又は事業所名称、薬局又は事業所住所をご記入の上、下記まで郵送してください。（受理した申込書類は返還しませんのでご了承ください。）

8. 受講票の送付について

申込み締切り後、受講申込書に不備のない方から、勤務先へ受講票を郵送いたします。

継続研修会当日、必ず受講票をご持参ください。

平成23年1月24日（月）を過ぎて受講票が届かない場合は、お手数ですが下記までご連絡ください。

9. 受講修了証の交付について

受講修了者へ後日郵送させていただきます。

遅刻された方、長時間に渡り席を離れられた方、途中退席された方には発行いたしかねますので、予めご了承ください。

10. その他

- ・ 薬剤師章（ICチップ内蔵型）をお持ちの方は、（社）大阪府薬剤師会生涯教育研修制度5単位、（財）日本薬剤師会研修センター受講シール1単位を修得することができます。（（財）日本薬剤師会研修センター受講シール1単位は薬剤師章（ICチップ内蔵型）の有無に関わらず修得できます。）
- ・ 申込後のキャンセルはできません。その際、返金はいたしかねますが、テキストのみご送付させていただきます。（受講修了証は交付いたしません。）
- ・ 申込書類にご記入いただいた個人情報 は継続研修関連業務以外には利用いたしません。

【受講申込書提出先】

（社）大阪府薬剤師会 職能対策課

〒540-0019 大阪市中央区和泉町 1-3-8

TEL 06-6947-5481(代) FAX 06-6947-5480

(様式 1)

平成 2 2 年度 高度管理医療機器等の販売業等に係る継続研修申込書

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

申込日 平成 年 月 日

社団法人 日本薬剤師会 会長 児玉 孝 殿

社団法人 大阪府薬剤師会 会長 藤垣 哲彦 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。

(フリガナ) 申込者氏名	印	性 別	男 ・ 女
		生年月日	大正 昭和 年 月 日

大阪府薬剤師会会員 (会員番号:) 大阪府薬剤師会非会員

薬局又は事業所 名 称	
薬局又は事業所 住 所	〒 - 都 道 府 県
薬局又は事業所 電 話 番 号	TEL : - -

許可番号 ¹		許可年月日 ¹	平成 年 月 日
-------------------	--	--------------------	----------

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)
希 望 連 絡 先	連絡先 TEL : - -

受講票等の送付先は上記勤務先となります。

払込金受領証のコピーを
こちらに貼付してください

受講要件の 確認 (に該当す るものをチ ェックして ください)	販売・賃貸管理者 修理業責任技術者 販売・賃貸管理者及び修理業責任技術者兼務
	医師・歯科医師・薬剤師(該当に をつけて下さい) 基礎講習修了者(修了証番号:) (実施団体:)
	その他 ()

上記のとおり、継続研修を申し込みます。

1 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、有効期間の開始日です。

こちらにご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。