

令和6年10月21日

会員各位

一般社団法人青森県薬剤師会
会長 白滝 貴子

令和6年度高度管理医療機器等の販売業等に係る継続研修のお知らせ

拝啓 会員の皆様には、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、一般社団法人青森県薬剤師会では、公益社団法人日本薬剤師会との共催により高度管理医療機器等の販売業等に係る継続研修を Web 配信で実施します。下表（実施要領）をご覧ください。別紙受講申込書により令和6年11月4日（月）までにお申込みください。

この研修は日本薬剤師研修センター研修受講単位はありませんが、省令で定められた研修となりますので、受講修了証を研修会終了後に郵送いたします。

また、実施要領と受講申込書は青森県薬剤師会ホームページにも掲載いたしますのでご活用ください。

敬具

受講対象者 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
届出を出していない一般会員も参加可能ですが、受講修了証は出ませんのでご注意ください。

【実施要領】

| | |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 配信期間 | 令和6年12月2日（月）～ 令和6年12月11日（水） 上記の期間中で受講可能な日に受講してください。 |
| 研修方法 | Web 研修 |
| 研修内容 | ① 「医薬品医療機器等法及び関連法令」（約 45 分） 講師：（公財）医療機器センター 常務理事 新見 裕一 氏 ② 「医療機器の品質管理」（約 30 分） 講師：（一社）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 ③ 「医療機器の不具合報告及び回収報告」（約 30 分） 講師：（一社）日本医療機器産業連合会 PMS 委員会 委員 三田 哲也 氏 ④ 「医療機器の情報提供および薬剤師が知っておきたい機器等の話題」（約 60 分） 講師：（公財）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 |
| 受講料 | 会員：3,000円 非会員：5,000円 イベントペイシステム利用料 220 円、郵送料 350 円は別途ご負担をお願いいたします。 |
| 申込方法 | ・受講申込書を FAX 等でご提出後、青森県薬剤師会ホームページ→研修会のご案内→令和6年度高度管理医療機器等の販売業等に係る継続研修→イベントペイシステムから受講料のお支払いをお願いいたします。 ● 受講申込書提出先・手続き方法等のお問合せ先 〒030-0961 青森市浪打1丁目16-17 一般社団法人 青森県薬剤師会 TEL 017-742-8821 FAX 017-743-4452 |
| その他 | ・申込締切日以降に、研修テキストを送付いたします。 また、受講方法の詳細については、後日改めてご連絡いたします。 ・研修受講後、キーワード申請サイトから受講中に表示されるキーワードを申請してください。 ・研修内容に関する質疑は、県薬事務局宛に、メール（aoyaku@aoyaku.or.jp）または FAX（017-743-4452）にてお送りください。 ・研修は原則として青森県または近隣の都道府県で受講してください。 |
| 申込締切日 | 令和6年11月4日（月）※ テキストの注文・発送があるため厳守でお願いします。 |
| 募集定員 | 250名 |

令和6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受講申込書

申込日 令和 年 月 日

公益社団法人 日本薬剤師会

会長 岩月 進 殿

一般社団法人 青森県薬剤師会

会長 白滝 貴子 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) 申 込 者 氏 名 | | 性 別 | 男 ・ 女 |
| | 印 | 生 年 月 日 | 大正 昭和 平成 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 日本薬剤師会会員 | | <input type="checkbox"/> 非 会 員 | |
| テ キ ス ト 等 の 送 付 先 (ご希望の送付先にチェックしてください。) | <input type="checkbox"/> 営業所(事業所)住所 | | <input type="checkbox"/> 現住所 |
| 営業所(事業所)名 | | | |
| 営業所(事業所)住所 | 〒 _____ 都 道 府 県 | | |
| 許可番号* | | 許可年月日* | 年 月 日 |
| 営業所(事業所)電話 番 号 | 直通 TEL: _____ (内線) | | |
| 現 住 所 | 〒 _____ 都 道 府 県 | | |
| 電 話 番 号 | 連絡先 TEL: _____ | 携 帯 TEL: | _____ |

| | | | | |
|------------------|--------------------------------------------------|-------|-----------------------------------|--|
| 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 | | ※該当者は□にチェックしてください。 | |
| 基礎講習の 受講 | <input type="checkbox"/> (社) 日本ホームヘルス機器協会 | 修了証番号 | | |
| | <input type="checkbox"/> (財) 医療機器センター | | | |
| | <input type="checkbox"/> (財) 総合健康推進財団 | | | |

※基礎講習の受講については、薬剤師は受講した方のみご記入下さい。

| | |
|---------------------------------|--------------------------|
| 開 催 日 時 | 会 場 |
| 令和6年12月2日(月) ～ 令和6年12月11日(水) | Web配信のみとし、受講会場は用意していません。 |

上記のとおり、継続研修を申し込みます。

* 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。

※ここに記入いただいた個人情報、継続研修関連業務以外には使用いたしません。