

平成24年度高度管理医療機器継続研修会受講申込書（HP用）

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23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、修了証に明記しております受講番号を記載してください。

・ 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

- | | |
|---|--|
| ☐ 販売・賃貸管理者 | ☐ 修理業責任技術者 |
| ☐ 販売管理者及び修理業責任技術者 | ☐ 賃貸管理者及び修理業責任技術者 |
| ☐ 販売・賃貸管理者及び修理業責任技術者 | |

※ 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：