

## 平成26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25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： \_\_\_\_\_