

令和元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：

フリガナ

◇ 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。

◇ 研修シールの交付
日本薬剤師研修センターより、研修認定薬剤師制度の適正な運用のため、研修受講シールの受領者名簿(薬剤師名簿登録番号を含む)の提出が求められております。本会から研修センターに受講申込に係る個人情報を提供することについて、同意いただける方にのみ研修シールを配布いたしますので、研修シールの交付を希望する方は次の項目に☑ チェックを入れてください。

研修シールの交付について【 希望する(同意する) 】

※上記の項目に☑ チェックを入れた方は薬剤師免許番号を必ずご記入下さい。
薬剤師免許番号の記入がない場合には、研修シールをお渡しすることができませんので、ご了承下さい。

◇ 薬剤師免許番号 _____

◇ 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： _____

※本書に記載の個人情報は、本研修会に係る事業目的にのみ使用いたします。