

令和元年度高度管理医療機器に係る継続研修会開催のご案内

平成14年度7月に公布され平成17年4月より施行された改正薬事法では、医療機器の安全対策が強化されることとなり、自己検査用血糖値測定器、コンタクトレンズ等の高度管理医療機器を取り扱っている薬局については、その販売に当たり事前に都道府県許可申請が必要となり、更に平成18年度からは許可を受けた薬局・一般販売業の営業管理者は継続研修を毎年度受講することが義務づけられました。

今年度も引き続き本会では（公社）日本薬剤師会との共催により、下記の通り継続研修会を開催致します。受講を希望される方は、以下をご確認の上、お申し込みいただきますようご案内致します。

- 主 催 公益社団法人 日本薬剤師会
- 共 催 一般社団法人 千葉県薬剤師会

1. 開催日時：令和2年3月8日（日） 9：30～11：30（9:00より受付開始）
2. 会 場：千葉県教育会館 大ホール
千葉県中央区中央4-13-10
3. 受講料：千葉県薬剤師会会員 3,000円
〃 非会員 5,000円
(受講料はお申し込みの際に、所定の銀行口座へお振り込みとなります)
4. 対 象 者：①高度管理医療機器等の販売業等の営業管理者（薬事法施行規則第168条）
②医療機器修理業の責任技術者（薬事法施行規則第194条）
③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）
*①及び②については毎年度受講の義務があります。
③については受講の努力義務があります。
5. 研修内容：①医薬品医療機器等法その他関連法令 - 講師：日本薬剤師会専務理事 寺山善彦
②医療機器の品質管理
③医療機器の不具合報告及び回収報告 } 講師：ニプロ(株)取締役 信頼性保証部長 芳田豊司
④医療機器の情報提供
6. 参加申込方法：下記口座に受講料をお振り込みの上、申込用紙に必要事項をご記入いただき、受講料振込用紙の控えを申込用紙に添付の上、FAXにてお申し込み下さい。
*お申し込み後のキャンセルにつきまして、受講料の返金は致しませんのでご了承下さい。
*お申し込み後に出席票等は送付いたしません。当日直接会場にお越しください。
申込〆切 令和2年2月21日（金）

[受講料振込口座] (振込料は各自ご負担願います)
 千葉銀行 本店 普通預金
 口座番号 3778625
 一般社団法人 千葉県薬剤師会
 ○申込先 FAX 番号 (043-248-0646)

7. 受講修了証の交付について
研修会終了後に受講修了証を交付いたします。研修中、長時間にわたって離席された方、研修会終了前に退席された方には受講修了証を交付いたしませんのでご注意ください。
8. 研修会に関するお問い合わせ
(一社) 千葉県薬剤師会 事務局：(TEL) 043-242-3802 (FAX) 043-248-0646

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

申込書

申込日 令和 年 月 日

公益社団法人 日本薬剤師会
会長 山本 信夫 殿

一般社団法人 千葉県薬剤師会
会長 杉浦 邦夫 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) | | 性別 | 男 ・ 女 | |
| 申込者氏名 | 印 | 生年月日 | 大正 昭和 平成 | 年 月 日 |
| | | <input type="checkbox"/> 千葉県薬剤師会 会員 <input type="checkbox"/> 非会員 | | |
| 営業所(事業所)名 | | | | |
| 営業所(事業所)住所 | 〒 | | | |
| 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) | | | |
| ※自宅住所(県名)は本継続研修会の修了証を作成する際に必要となります。必ずご記入下さい。 | | | | |
| 自宅住所(県名のみ) | | 都道府県 | | |
| 電話番号 | 連絡先 TEL: - - | | | |
| 受講要件の確認 | <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・賃貸管理者及び修理業責任技術者兼務 ※該当者は <input type="checkbox"/> にチェックしてください。 | |
| | 基礎講習の受講 | <input type="checkbox"/> (一社) 日本ホームヘルス機器協会 <input type="checkbox"/> (公財) 医療機器センター <input type="checkbox"/> (公財) 総合健康推進財団 | 修了証番号 | |
| <p>受講料振込用紙控えをこちらに添付して下さい</p> <p>準備の都合上、振込後速やかにFAXでお送りください</p> | | | | |

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賃貸業許可証の許可番号、許可年月日です。
※ここにご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。