**受付期限　令和２年6月19日　※ 開催当日の受付はありませんのでご注意下さい**

**一般社団法人西多摩薬剤師 御中**

**FAX　0428-21-4489　　　　 地区薬剤師会所属会員 専用**

**令和２年度 高度管理医療機器等営業所管理者継続研修会受講申込書**

（高度医療機器の販売及び貸与業の営業所管理者の継続研修）

申込日　令和２年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **※　「研修シール」は薬剤師の方のみ「修了証」に同封いたします。修了証の到着は9月中旬です。**  **※　申込書に不備がある場合、受講票や修了証の発行・送付ができない場合がありますのでご注意下さい。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **薬局名** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 地区薬剤師会  チェック欄 |
|  | □ 「**東京都薬剤師会認定の** 基準薬局」である  **（関東信越厚生局へ届け出る「 施設基準届出薬局 」とは異なります）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | **管理者**の  個人住所地  （都道府県名） | | | | | | | （修了証の発行に必要です）  都・県 | | | | | | | | | | | | 会員  \3,000  都薬の  基準薬局  \2,000 |
| **管理者**  氏名 |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | | | | 昭 ・ 平  　　　 年　　　月　 　日 | | | | | | | | | | | |
| 性 別 | 男　　・　　女 | | | | | | | | | |
| 上記の営業所管理者が薬剤師の場合のみ  **薬剤師名簿登録番号（数字6桁）**  ※日本薬剤師研修センター 研修シール発行のために必要な項目です。**記載が無い場合、研修シールは発行されません。** | | | | | | | | | 「沖」又は「外」  の文字は省き数字のみを  記載 | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | |
| 上記営業所管理者が会員ではない場合は、  **営業所内の東京都薬剤師会**会員である方の氏名と会員番号をご記入下さい | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 会員氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 会員証番号 | | １ | ３ | |  |  | **-** |  | |  | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | **-** | |  | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 薬局所在地 |  | | | 〒　　　　　　　　－　　　　　　　　　　（必須） | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 東京都 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬局電話番号 | 直通　℡：　　　　　　　　　　－　　　　　　　　　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受講要件の  確認 | ※ 該当する項目のチェックボックスに印をつけてください  □　販売・貸与業の営業所管理者　　　　　□　修理業責任技術者  □　販売・貸与業の営業所管理者及び修理業責任技術者兼務 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **上記のとおり、継続研修を申し込みます。** | | | | | | | | | | | | | | **受講料** | | | | | | | | **￥** | | | | | | | |  |