

各 位

一般社団法人鳥取県薬剤師会
会長 原 利一郎

令和 4 年度 高度管理医療機器等の販売業等に係る継続研修会について

標記研修会につきまして、令和 2 年 12 月 16 日付薬生機審発 1216 第 1 号・薬生安発 1216 号第 1 号厚生労働省医薬・生活衛生局医療機器審査管理課長、厚生労働省医薬・生活衛生局医薬安全対策課長通知において、高度管理医療機器販売業等の営業所管理者、修理業の責任技術者の継続研修の実施に当たっては、昨今の社会情勢を鑑み、インターネット等を利用した方法で実施しても問題がないことが示されました。

これに基づき、当会では、新型コロナウイルス感染予防のため、日本薬剤師会作成の動画コンテンツを利用したインターネット研修を開催することといたしました。

つきましては、対象となる方は、別紙申込書にてお申込み下さい。

なお、受講は原則として、居住地が鳥取県及び近隣の県の方とさせていただきます。

記

1. 受講対象者
 - ・高度管理医療機器等の販売業等の営業所管理者・・・受講義務
 - ・医療機器修理業の責任技術者・・・・・・・・・・受講義務
2. 受講内容（日本薬剤師会が作成した動画コンテンツで受講していただきます。）
 - ・薬機法その他薬事に関する法令
公益財団法人 医療機器センター 常務理事 新見裕一氏
 - ・医療機器の品質管理
一般社団法人 日本医療機器産業連合会 販売・保守委員会 委員 浦富恵輔氏
 - ・医療機器の不具合報告及び回収報告
一般社団法人 日本医療機器産業連合会 PMS委員会 委員 三田哲也氏
 - ・医療機器の情報提供
公益財団法人 医療機器センター医療機器産業研究所 主任研究員 本田大輔氏
3. 受講期間 令和 4 年 12 月 2 日（金）～令和 4 年 12 月 11 日（日）
※ご都合のよい日に受講していただけますが、必ず同一日で受講して下さい。
4. 出席確認レポート提出締切日 令和 4 年 12 月 14 日（水）
※出席確認レポートの提出により受講確認させていただき、後日修了証をお送りします。
5. 受講料 会員 2,000 円 非会員 4,000 円（テキスト代含む、税込み）
※申込締切日以降に振込用紙を送付しますので、指定日までにお振込みください。
※受講料納入確認後、受講票（コンテンツ視聴 URL、ID、PW 記載）、テキスト、出席確認レポート用紙をお送りします。
6. 申込方法 別紙申込書にご記入のうえ、FAXにてお申込み下さい。
送付先：鳥取県薬剤師会 FAX 0857-27-5084
7. 申込締切 令和 4 年 10 月 31 日（月）

<問合せ先>
一般社団法人 鳥取県薬剤師会 事務局
TEL 0857-27-6161 FAX 0857-27-5084
メール toriyaku@hal.ne.jp

申込から研修終了までの流れ

①受講希望者は、申込書に必要事項を記入し、鳥取県薬剤師会事務局へ FAX にてお申込みください。FAX 0857-27-5084 <申込期限：10月31日（月）>



②申込期限日以降に、受講申込者に受講料の支払い方法を通知します。（11月上旬）
<納入期限：11月18日（金）>



③受講料納入確認後、受講票（コンテンツ視聴URL、ID、PW記載）、テキスト、出席確認レポート用紙を送付します。（11月下旬）



④受講期間中（12月2日（金）～12月11日（日））にインターネット受講してください。但し、それぞれの講義の受講日は同一日となるようにしてください。



⑤受講後、出席確認レポートを鳥取県薬剤師会事務局へ提出してください。
<提出期限：12月14日（水）>
提出方法は、FAX、郵送、メールのいずれかをお願いします。



⑥出席確認レポートにて出席確認後、研修修了証を送付します。（12月下旬）
質疑があった場合は、質疑応答一覧を同封します。

令和4年度 医療機器販売業等の営業所管理者、
医療機器修理業の責任技術者に対する継続研修

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
一般社団法人鳥取県薬剤師会
会長 原 利一郎 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。 | | 受講番号 | ※実施機関記入 |
| (フリガナ) 申込者氏名 | 印 | 性別 | 男・女 |
| | | 生年月日 | 大正 昭和 平成 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 日本薬剤師会会員 | | <input type="checkbox"/> 非会員 | |
| 資料等の書類送付先 (ご希望の送付先にチェックしてください。) | <input type="checkbox"/> 営業所(事業所)住所 | | <input type="checkbox"/> 現住所 |
| 営業所(事業所)名 | | | |
| 営業所(事業所)住所 | 〒 _____ 都道 府県 | | |
| 許可番号* | | 許可年月日 * | 平成・令和 年 月 日 |
| 営業所(事業所)電話番号 | 直通 TEL: - - (内線) | | |
| 現住所 | 〒 _____ 都道 府県 | | |
| 連絡先電話番号等 | TEL: - - | FAX: - - | |

| | | | |
|-------------|---|-------|--------------------------------------|
| 受講要件 の確認 | <input type="checkbox"/> 販売業等の営業所管理者 | | <input type="checkbox"/> 修理業責任技術者 |
| | <input type="checkbox"/> 販売業等の営業所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 |
| 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 | |

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貸与業許可証の許可番号、許可年月日です。

※ここに記入いただいた個人情報は、継続研修関連業務以外には使用いたしません。