

令和6年度高度管理医療機器等の販売業等に係る継続研修会  
申込書(薬剤師以外)

※この申込書は薬剤師以外の方専用です。

※薬剤師の方は日本薬剤師研修プラットフォームからお申込みください。(別紙参照)

この申込書ではお申込みできませんので、ご注意ください。

(フリガナ) 申込者氏名		性別	男・女		
		生年月日	昭和	年	月 日
テキスト等の送付先区分 (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"/> 自宅住所			
営業所 (事業所)	営業所名				
	住所	〒 _____ 都道府県			
	電話番号	TEL:                    -                    -			
自宅	住所	〒 _____ 都道府県			
	電話番号	TEL:                    -                    -		携帯番号:                    -                    -	
	連絡先メールアドレス	_____ @ _____			

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

上記のとおり、継続研修を申し込みます。

※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。

【申込期限: 10月21日】

<新潟県薬剤師会> 送信先 メールアドレス: <a href="mailto:bungyou@niiyaku.or.jp">bungyou@niiyaku.or.jp</a> FAX: 025-281-7735
--