

令和8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 平成 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。)		☐ 営業所(事業所)住所 ☐ 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	☐ 販売業等の営業管理者 ☐ 修理業責任技術者
	☐ 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 ☐ 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、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18日(日)】

＜新潟県薬剤師会事務局＞ 送信先 メールアドレス: anzen@niiyaku.or.jp FAX: 025-281-7735
