

令和6年10月4日

ご案内

沖縄県薬剤師会  
会 長 前濱 朋子  
担当理事 吉田 典子

**令和6年度  
医療機器販売等の営業所管理者・医療機器修理業の責任技術者に対する継続研修  
～ 高度管理医療機器等継続研修会(Web)の開催について～**

さて、平成14年に公布され平成17年4月より施行された改正薬事法により、医療機器の安全対策が強化され、市販後安全管理制度の導入により、販売業者等に係る遵守事項が強化されました。

高度管理医療機器等を取り扱う場合は、事前に都道府県知事の許可を受ける必要があります。平成18年度からは、許可を受けた販売業等の営業所の管理者は、薬機法施行規則第168条に基づき、毎年度研修を受講することが義務付けられています。

沖縄県薬剤師会では、この継続研修を事業に組み入れ、継続研修会を開催しております。

つきましては、下記の通り標記研修会を開催しますのでお知らせいたします。

(※日本薬剤師研修センターの単位付与はございません。)

記

共 催	公益社団法人 日本薬剤師会 一般社団法人 沖縄県薬剤師会
視聴期間	<b>令和6年12月1日（日）～ 令和6年12月7日（土）</b>
視聴方法	受講料のお支払いを確認後、郵送にてご案内致します。（※インターネット環境必須）
研修内容	I. 薬機法その他薬事に関する法令 II. 医療機器の品質管理 III. 医療機器の不具合報告及び回収報告 IV. 医療機器の情報提供
講 師	I. （公財）医療機器センター 常務理事 新見 裕一 氏 II. 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 III. 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 IV. 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
対 象 者	薬機法施行規則第168条及び第175条第2項に基づく高度管理医療機器 （コンタクトレンズを含む）・特定管理医療機器（家庭用電気治療器、補聴器等）の 販売業及び賃貸業の届出をしている事業所の管理者 薬機法施行規則第194条に基づく医療機器修理業の責任技術者
申 込	別紙受講申込書に記入 またはホームページより申込み用紙をダウンロードできます。
申込締切日	<b>令和6年11月4日（月）必着（FAXにて返送下さい）</b>
送 付 先	〒901-1105 南風原町字新川218-10 沖縄県薬剤師会 事務局 FAX 963-8932 TEL 963-8930
受 講 料	沖縄県薬剤師会 会員 3,500円、非会員及び薬剤師以外の方 5,500円（テキスト代含む） 受講料は受講申込み後、下記口座へお振込み下さい。 お振込確認後、テキスト等をお送りします。 <b>お振込期限：令和6年11月8日（金）（期限厳守）</b> (お振込手数料は貴殿方でご負担お願いします。) 琉球銀行 店番号：201 口座番号：232100 一般社団法人沖縄県薬剤師会 代表理事 前濱 朋子
修了証書	レポート提出確認後、郵送致します。

令和6年度 医療機器販売等の営業所管理者  
 医療機器修理業の責任技術者に対する継続研修  
 ～ 高度管理医療機器等継続研修会 ～

申込書

2/2

申込日 令和 年 月 日

申込日を記入して  
下さい

公益社団法人 日本薬剤師会  
 会長 岩月 進 殿

一般社団法人 沖縄県薬剤師会  
 会長 前濱 朋子 殿

受講番号	実施機関記入
------	--------

事務局が管理します  
ので記載しないで下  
さい

※ 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	T ・ S ・ H	年 月 日
薬剤師 ( <input type="checkbox"/> 沖縄県薬剤師会会員 <input type="checkbox"/> 非会員 ) <input type="checkbox"/> 薬剤師以外の方				
テキスト等の送付先 (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) <input type="checkbox"/> 現住所		
営業所(事業所)名				
営業所(事業所)	〒 -			
住 所	沖縄県			
許可番号*		許可年月日*	平成	年 月 日
営業所(事業所) 電話番号	直通 TEL : - - (内線)			
現 住 所	〒 - 沖縄県			
電 話 番 号	連絡先 TEL : - -		携帯 TEL : - -	

医療機器管理者  
(薬剤師)の氏名等  
を記載して下さい

沖縄県薬剤師会の会  
員と非会員で受講料が  
異なりますので、必ず  
チェックして下さい

薬局等の名称・住所  
電話番号を記載して  
下さい

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・  
許可年月日を記載し  
て下さい

申込者の住所、電話  
番号を記載して下  
さい

今回受講される薬局  
の方は“販売業等の  
営業管理者”に該当  
します

- 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 ※  にチェックしてください。

上記の通り、継続研修を申し込みます。

\*は、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。

**令和 6年11月 4日(月) 必着 (FAXにて返送下さい)**

振込先:琉球銀行 店番号:201 口座番号:232100 一般社団法人 沖縄県薬剤師会 代表理事 前濱朋子  
 受講料の口座振込み時の貴殿のお振込み名称の記入をお願いします。

お振込み名称( )

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。  
 お振込期限:令和6年11月8日(金)(期限厳守)

**申込期限:11月 4日(月)  
 振込期限:11月 8日(金)**