

医療器械・販売業などの管理者に対する継続研修

医療器械・販売業・修理業の皆様におかれましては、平成 18 年度から営業所の販売管理者及び責任技術者の継続的研修の受講が義務化されていることを既にご承知おきのことと存じます。

つきましては、当眼科医会では継続的研修を北日本眼科学会の開催日に合わせ、同学会場において、以下の要領で実施致します。研修内容をご覧の上、受講の申込みを頂きますよう、ご案内申し上げます。

1.研修の目的

- 1)薬事法施行規則第 168 条及び第 175 条第 2 項に基づく医療器械販売業等の営業所に対する研修
- 2)薬事法施行規則第 194 条に基づく医療器械修理業の責任技術者に対する研修

2.受講対象者

平成 19 年 3 月 31 日時点で「高度管理医療器械等販売業」の許可を取得している医療器械販売業等の営業所の管理者

*この研修は、営業所の管理者として「高度管理医療器械等販売業・賃貸業許可申請書」の管理者欄に記載された方が対象です。管理者の資格を持っていても、自分が所属する営業所の管理者となっておられない場合には、この研修を受講する必要はありません。無論、自身の勉強の為に参加されるのは問題ありません。

3.研修内容

- 1)薬事法その他薬事に関する法令
- 2)医療器械の品質管理
- 3)医療器械の不具合報告及び回収報告
- 4)医療器械の情報提供

4.研修の開催日・開催地・会場・開催時間・定員

開催日時： 平成 19 年 7 月 29 日(日曜日) 13:30～15:30
開催地： 新潟市
会場： 朱鷺メッセ（新潟コンベンションセンター 2F スノーホール）
定員： 100 名

5.申込みに必要な書類

・受講申込書(様式 1) (銀行振り込みの場合は、払込金受領証のコピーを添付)

6.受講申込み

- ・FAX 又は郵送で申込みください。なお、受理した受講申込み書類は返還致しません。
- ・申し込み先： 〒951-8510 新潟市中央区旭町通 1-757 新潟大学大学院医歯学総合研究科 視覚病態学分野(眼科)内 新潟県眼科医会事務局
FAX: 025-227-0785 (TEL: 025-227-2294)

※受講申込み書類に記入いただいた個人情報は、継続的研修関連業務以外には使用いたしません。

7.受講申込書類作成上の注意事項

- ・次の注意事項をよく読み、記入漏れ等がないようにお願い致します。
- ・記入漏れ等があった場合、受講申込み書類が無効になる場合があります。
- ・FAX 受講申込み：様式1の記入例を参照してFAX 又は郵送してください。
(銀行振り込みの方は受講申込書の所定の場所に払込金受領証のコピーを添付)

8.受講申込み締め切り

- ・平成19年6月29日(金曜日)必着
- ・申込み受け付けを開始後、書類に不備のない方から先着順に受講を確定させていただきます。
なお、定員になり次第受け付けを締め切らせていただきます。

9.変更、キャンセルについて

- ・申込み後の変更、キャンセルはできませんので、ご了承ください。

10.受講票の送付

- ・受講が確定した方から順に受講票を郵送いたします。
- ・研修開催日の1週間前の時点で受講票が届いていない場合は、運営事務局までご連絡下さい。

11.受講料

- ・6,000円 (テキスト代を含みます。)
 - ・郵便振替口座(口座番号：00670-6-20806、加入者：新潟県眼科医会)に振り込んでください。
 - ・銀行振り込みをご希望の方は、第四銀行のだいし普通預金(口座番号：1591585、加入者：新潟県眼科医会)でも結構ですが、振込み受領証のコピーを申込書に添付して下さい。
 - ・振込手数料は、お申込み者側でご負担願います。
- *受講料は会場借料等に充当するため、振り込み後の返金はできません。ご了承ください。
領収書は払込金受領証で代えさせていただきます。それ以外の領収書は発行いたしません。

12.研修修了証の交付

- ・すべての講義を受講した方に限り、修了証を受講日当日、受講票と引き換えに交付いたします。
※修了証の紛失、破損などには十分ご注意ください。再発行の際には、手数料が必要となります。

13.その他

- ・車椅子を常用している方や聴覚等に障害をお持ちの方は、事前に運営事務局に連絡してください。

◆研修に係る留意事項◆

- ・当日は早めに会場にお越しください。講習開始30分前から受け付けを行います。
- ・10分前までにご来場いただき、開始時刻までに必ず受け付けを済ませるようにしてください。
- ・遅刻者は受講をお断りすることがありますので、ご注意ください。
- ・講習中、長時間にわたって離席された方、終了前に退席された方には修了証を交付致しません。
ご注意ください。
- ・受講中の会場内での携帯電話のご使用は禁止と致しますので、必ず電源はお切りください。

【お問い合わせ先】

事務局：〒951-8510 新潟市中央区旭町通1-757
新潟大学大学院医歯学総合研究科視覚病態学分野(眼科)内 新潟県眼科医会事務局
TEL: 025-227-2294 FAX: 025-227-0785



平成 19 年度医療機器・販売業などの管理者に対する継続的研修

受講申込書

平成 19 年度医療機器・販売業などの管理者に対する継続的研修事務局 行き

申し込み日 平成 年 月 日

● 申込者氏名

フリガナ		性別	生年月日
氏名	印	男・女	年 月 日
勤務先	団体名		
	住所（〒	—	） 市 町
	電話：	FAX:	

● 受講要件の確認欄 （該当する□にチェックをして下さい）

<input type="checkbox"/>	基礎講習終了者	基礎講習終了証登録番号（	）
		基礎講習終了証発行年月日（平成	年 月 日）
<input type="checkbox"/>	管理者講習免除者	（医師、歯科医師、薬剤師の資格を有する者）	
<input type="checkbox"/>	販売・賃貸管理者及び修理業責任技術者兼務		
<input type="checkbox"/>	修理業責任技術者		

● 許可を受けた営業所 （販売許可証に記載されている名称・所在地を記入して下さい）

氏名 (法人は名称)		営業所の 名称	
営業所所在地	都道府県	市町	
電話番号	— —	販売許可番号	

上記の通り、継続的研修を申し込みます。

<p>* 受講料 6000 円（テキスト代を含む）を下記の郵便振替口座に振り込んでください。 郵便口座番号：00670-6-20806 （加入者：新潟県眼科医会）</p> <p>* 銀行振り込みをご希望の場合は、第四銀行新津支店（店番号 331）の下記口座に振り込み、振込金領収書のコピーをこの欄に添付して下さい。 口座番号：だいし普通預金 1591585 （加入者：新潟県眼科医会）</p> <p>* 領収書は振込金の領収書で代えさせていただきます。</p> <p>* 振込み手数料は、お申し込み者側でご負担願います。</p>
--

申込書送付先：〒951-8510 新潟市中央区旭町通 1-757 新潟大学大学院医歯学総合研究科
視覚病態学分野（眼科）内 新潟県眼科医会事務局

FAX による送付先：025-227-0785