

高度管理医療機器等販売業・貸与業営業所管理者 様
医療機器修理業責任技術者 様
各薬局・店舗販売業管理薬剤師 様

公益社団法人高知県薬剤師会
会 長 西 森 康 夫



令和 8 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会のご案内【 Web 研修 】

平成 18 年度より実施しております、医療機器等販売業の営業所管理者等を対象とした継続研修会を下記のとおり開催いたします。【薬機法施行規則第 168 条及び第 175 条第 2 項に基づく、高度管理医療機器販売業等の営業所管理者に対する研修、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に対する研修】

受講を希望される方は、別紙の申込書にご記入のうえ、必要書類を貼付して郵送または FAX(088-822-8734)にてお申込みください。

記

主催：公益社団法人日本薬剤師会 共催：公益社団法人高知県薬剤師会

1. 受講期間 令和 8 年 11 月 28 日(土)～12 月 6 日(日)
上記の受講期間内のご都合のいい日に受講して下さい。
2. 受講対象者 (1)高度管理医療機器等の販売業等の営業所管理者 } (1)(2)は、毎年度受講の義務
(2)医療機器修理業の責任技術者 }
(3)特定管理医療機器の販売業等の営業所管理者 (3) 毎年度受講の努力義務
※居住地……高知県及び近隣の都道府県にお住まいの方とさせていただきます。
3. 研修方法 インターネットを利用した日本薬剤師会 Web コンテンツの視聴による研修
・受講者には、11 月 19 日迄に URL、ID、パスワードをお知らせさせていただきます。
4. 研修内容
コンテンツ①「医薬品医療機器等法及び関連法令」(約 40 分)
講師：(公財)医療機器センター 常務理事 新見裕一氏
コンテンツ②「医療機器の品質管理」(約 35 分)
監修：(一社)日本医療機器産業連合会 QMS 委員会 委員長 吉田容子氏 講演：AI音声
コンテンツ③「医療機器の不具合報告及び回収報告」(約 35 分)
講師：(一社)日本医療機器産業連合会 PMS 委員会 委員 三田哲也氏
コンテンツ④「医療機器の情報提供および薬剤師が知っておきたい機器等の話題」(約 60 分)
講師：(公財)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
5. 開催場所 インターネット視聴環境のあるご勤務先やご自宅等
※インターネット環境は、各自でご用意ください。ご受講に当たっての技術的サポートは
いたしかねます。

裏面に続きます

6. 申し込み～受講の流れについて

申込み	申込書 + 振替払込請求書兼受領証(コピー)等受講料の払込みが確認できるものを所定の場所に貼付又は、他の金融機関からのお振込みの場合はその控えを添付の上、高知県薬剤師会宛 FAX 送信(088-822-8734)又は郵送してください。
申込締切	10月8日(木)必着
受講料(消費税含む) (テキスト代含む)	高知県薬剤師会会員 3,300 円(内税 300 円)・非会員 5,500 円(内税 500 円) ・適格請求書発行事業者登録番号(インボイス登録番号):T3-4900-0500-0497 領収証、請求書の発行はいたしません。(振込明細等をもって領収証の発行に代えさせていただきます。)
	・郵便局より、同封の払込取扱票(受講者名を必ずご記入ください)にてお振込みいただくか、他の金融機関からお振込みされる場合は下記口座へお振込みください。(振込手数料は申請者負担とさせていただきます) ゆうちょ銀行 一六九(イチロクキュウ)店 当座預金 口座番号:0002650 口座名:公益社団法人高知県薬剤師会
	・複数の受講者の受講料を一括してお支払いの際は、郵便局払込取扱票の【通信欄】に受講者の氏名をご記入ください。
受講者の方への送付物等について	・研修テキスト、受講についての詳細(インターネット研修配信のURL、ID、パスワード)、出席確認レポート用紙等は、 <u>11月19日迄</u> に高知県薬剤師会より送付します。
受講期間 11月28日(土) ～12月6日(日)	受講期間中(11月28日～12月6日)の内、 <u>一日でコンテンツ①～④の受講をお願いします。複数日の受講については修了証の発行はできません。</u>
出席確認 レポート用紙	・継続研修のため、受講者が全ての講義を受講したかの出席確認、及び受講者からの質疑の機会を確保するために「出席確認レポート」用紙を提出していただきます。
提出締切日 12月8日(火)	・コンテンツ①～④は、講義の合間に <u>複数回キーワードが表示</u> されます。 出席確認レポート用紙の「キーワード記入欄」に、ご記入して下さい。
	・受講後、出席確認レポート用紙に必要事項を記入し、高知県薬剤師会宛 FAX 送信又は、郵送してください。
受講修了証	・すべての講義を受講し、締切日迄に出席確認レポートをご提出していただいた方に後日受講修了証を送付させていただきます。(締切日迄に提出がない場合は、受講修了証は発行できませんのでご注意ください。)
その他	・質問の回答は、高知県薬剤師会のホームページに掲載いたします。 【 https://www.kochi-kenyaku.org 】
	・ご入金後の受講料の返金はいたしませんのでご注意ください。
	・本研修会は、日本薬剤師研修センター研修認定単位対象外です。

7. 問い合わせ・申込書等送付先

高知県薬剤師会事務局

〒780-0850 高知市丸ノ内1-7-45 総合あんしんセンター2階

TEL: (088)873-6429 FAX: (088)822-8734

令和8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会 申込書

申込日：令和8年 月 日

公益社団法人 日本薬剤師会
会 長 岩 月 進 様

公益社団法人 高知県薬剤師会
会 長 西 森 康 夫 様

受講番号

※実施機関記入

日 程:令和8年11月28日(土)～12月6日(日)…受講期間内のご都合のいい日に、Web研修を受講して下さい。

(フリガナ)			性 別	生 年	T・S・H
申 込 者 氏 名			男・女	月 日	年 月 日
該当項目にチェック ☑して下さい⇒	☐ 高知県薬剤師会会員		☐ 非会員		
(事業所) 営業所	名 称				
	住 所	〒			
	T E L			F A X	
許 可 番 号 *			許可年月日*	年 月 日	

* 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(有効期間の開始日)を明記ください。

研修テキスト等送付先 ↓ [上記事業所以外(ご自宅等)へ送付を希望する場合ご記入ください。]

研 修 テキスト等 送付先	住 所	〒
	TEL	

該当項目にチェック☑して下さい⇒ ☐薬剤師 ☐医師/歯科医師 ☐基礎講習修了者 ☐他()

受講要件の確認	【参考】継続研修の受講要件 厚生労働大臣の登録を受けた者が行う基礎講習を受講している。又は、以下である。 ① 医師、歯科医師又は薬剤師の資格を有する者 ② 高度管理医療機器又は管理医療機器の製造販売業の総括製造販売責任者の要件を満たす者(薬事法等の一部を改正する法律及び薬事法等の一部を改正する法律の施行に伴う関係政令の整備等及び経過措置に関する政令の施行に伴う関係省令の整備等に関する省令(平成26年厚生労働省令第87号)附則第3条第1項に規定するプログラム医療機器特別講習(以下単に「プログラム医療機器特別講習」という。)を修了した者を除く。) ③ 医療機器の製造業の責任技術者の要件を満たす者(製造工程のうち設計のみを行う製造所における責任技術者及びプログラム医療機器特別講習を修了した者を除く。) ④ 医療機器の修理業の責任技術者の要件を満たす者 ⑤ 薬事法の一部を改正する法律(平成18年法律第89号)附則第7条の規定により同法による改正後の医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律第145号)第36条の8第1項に規定する試験に合格したとみなされたもののうち、同条第2項の登録を受けた者(みなし合格登録販売者) ⑥ 公益財団法人医療機器センター及び日本医科器械商工団体連合会が共催で実施した医療機器販売適正事業所認定制度「販売管理責任者講習」を修了した者
※医師、歯科医師、薬剤師 基礎講習受講不要	
該当項目にチェック☑ して下さい。 ⇒ (修了証発行は、3種類 に分けられます)	☐ 販売業等の営業所管理者 ☐ 修理業責任技術者 ☐ 販売業等の営業所管理者及び修理業責任技術者兼務

ここに受講料の
「振替払込請求書兼受領証」
等のコピーを貼ってください。

※ご利用明細票が貼りきれない場合は、別紙で添付
(FAX送信する場合は2枚続けて送信)して下さい。

上記のとおり、継続研修を申し込みます。

申込先:高知県薬剤師会 FAX:088-822-8734
【申込締切り日:10月8日(木)】

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。

私込取扱票記入見本

振替払込請求書兼受領証

00	口座記号・番号はお間違いないよう記入してください。		払込取扱票	
口座記号		口座番号(右詰めで記入)		
* 0	1	6	7	0
※		9	※	
加え者名		金額		
公益社団法人 高知県薬剤師会		2 6 5 0		
※ 通 信 欄		金 料		
資格請求書発行事業者登録番号(インボイス登録番号): T3-4900-0500-0497		備考		
令和8年度高度管理継続研修会受講料(消費税10%含)【県乗会員@3,300 / 会員外@5,500】		金 額		
受講者名:		金 額		
下 ※ おとこ		金 額		
※ おなまえ		金 額		
(ご連絡先電話番号)		金 額		
ご依頼人欄に、おとこ・おなまえをご記入ください。		金 額		
これより下部には何も記入しないください。		金 額		

□ 口座記号番号	016709	※
※	2650	
公益社団法人 高知県薬剤師会		
金 額	千 百 十 万 千 百 十 円	
おなまえ		
ご依頼人	様	
料 金	円	日 附 印
備 考	(消費税込み)	

この受領証は、大切に保管してください。