

福島県薬剤師会宛 FAX 024-549-2209

令和2年度 医療機器販売業等の営業管理者、医療機器修理業の責任技術者に対する継続研修
出席確認レポート（Web研修用）

フリガナ				受講番号			
受講者氏名				0	2		
事業所名							
区分 該当する区分に✓してください。	<input type="checkbox"/> 販売業等の営業所管理者 <input type="checkbox"/> 修理業責任技術者 <input type="checkbox"/> 販売業等の営業所管理者及び修理業責任技術者兼務						
テーマ ①～③のいずれか1つを選んでください。	<input type="checkbox"/> ①「医薬品医療機器等法の改正に関することについて」 <input type="checkbox"/> ②「自己検査用グルコース測定器（自己血糖測定器）の特徴と注意事項について」 <input type="checkbox"/> ③ その他（「テーマを個人で決めてください。」）						
レポート作成欄（①～③のいずれか1つのテーマを選んでください。） テーマ： _____ 「 _____ 」							
質問事項（質問等がある場合は、記入してください。）							
キーワード ※正解必須	コンテンツ1		コンテンツ2		コンテンツ3		
受講日 （視聴日）	令和2年11月 日（ ）						

※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。
 ※いただいた質問事項に関しては、受講者全員が共有できる形（ホームページ）で回答いたします。質問者の氏名等は公開いたしません。