福島県薬剤師会宛　ＦＡＸ　０２４－５４９－２２０９

令和３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 |  | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | | | |
| 区分  該当する区分に✓して  ください。 | * 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 | | | | | | | | |
| テーマ  ①～③のいずれか1つを選んでください。 | ①「医薬品医療機器等法の改正に関することについて」  ②「医療機器販売業営業所での品質管理について」  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 | | コンテンツ４ | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受講日  （視聴日） | **令和３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。