

平成 30 年度 医療機器販売・貸与管理者基礎講習(プログラム医療機器)

1. 講習概要

本講習は、『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(医薬品医療機器等法)施行規則第 162 条第 3 項第 1 号に規定するプログラム高度管理医療機器』、及び『医薬品医療機器等法施行規則第 175 条第 1 項第 3 号にて規定するプログラム特定管理医療機器』の販売等を行う営業所管理者の資格取得を目的とする講習会です。定められた時間数を履修の上、講習の最後に行う試験で一定の水準に達した者に対して、当財団の理事長名で修了証書を受講の約 1 カ月後に発行します。

修了証書は A4 サイズで、当日受講会場で送付用の封筒をご記入いただき、その封筒で送付します。確実に郵便物を受け取れる所在について、郵便番号・会社名・店舗名など間違いのないようご準備の上ご参加下さい。

本講習はすでに資格をお持ちの方が受ける継続的研修ではありませんのでご注意ください(開催日程が異なります)。

※プログラム医療機器とは : 医療機器プログラム又はこれを記録した記録媒体たる医療機器

※医療機器プログラムとは : 医療機器のうちプログラム(コンピュータプログラム、ソフトウェア)であるもの

2. 資格区分 (修了証の区分)

プログラム医療機器のみのお取り扱いとなります。

受講者の申告により、「プログラム高度管理医療機器」または「プログラム特定管理医療機器」の区分で修了証を作成します。この区分は後日の変更ができませんので、十分ご留意下さい。

また、受講後にプログラム医療機器以外の資格区分への変更もできません。プログラム医療機器以外の医療機器の管理者となるためには、「申込書兼従事証明書」を使用していただき、従事経験を証明いただいた上で、あらためて基礎講習の受講が必要です。

3. 受講資格

プログラム医療機器を販売・貸与される事業所の営業所管理者の資格を取得されたい方。

4. カリキュラム内容 (講習時間:1日間 / 9:45~17:30) (全会場共通)

受講当日、遅刻や早退のあった場合は、筆記試験を受けることができません(修了することができません)ので予めご了承下さい。

1. 医療機器に関する医薬品医療機器等法の規定
2. 医療機器販売業・貸与業の遵守事項
3. 医療機器に係る関連法規
4. 医療現場における販売業者等の役割
5. 販売倫理と自主規制
筆記試験

5. 受講料 12,500 円 (テキスト代・消費税込み) * 申込受付完了後に振込口座等をご案内します。

6. 開催場所 ホームページの開催日程表をご覧ください。

7. 申し込み方法 / 問い合わせ先

申込書に必要な事項をご記入・捺印の上、事前に郵送等にて当財団へ原本を送付して御申込下さい。こちらに御申込書が到着後、1~2週間で「受講通知書」「振り込み案内」「会場地図」を FAX または郵送にてご案内します。

(郵送先) 〒862-0926 熊本県熊本市中央区保田窪 1-10-38 (公財)総合健康推進財団 医療機器講習係

TEL:096-285-7010 HP: <http://www.zaidan-kensyu.jp> メール: info@zaidan-kensyu.jp

平成 30 年度 医療機器販売・貸与管理者

基礎講習 申込書**(プログラム医療機器用)****送付先** : 〒862-0926 熊本市中央区保田窪 1-10-38
(公財)総合健康推進財団 医療機器講習係

必要事項を全て記入し、捺印後、郵送にて御申込下さい。

FAX での受付は行っておりません。

※九州支部以外へ発送をされると、受付できないことがあります。

財団記入欄

●受講者印なし、顔写真未添付、必須事項記載漏れ等の不備がある場合は受付できません。

●プログラム医療機器以外の医療機器をお取り扱いの方と同じ会場・内容での講義となります。

●この申込書は、プログラム医療機器のみを販売・貸与される方向けの申込書です。この申込書を使用して得た管理者資格では、プログラム医療機器以外の医療機器(コンピュータプログラムではない、補聴器や家庭用電気治療器を含む特定管理医療機器、高度管理医療機器等)の管理者とはなりません。プログラム医療機器以外の医療機器の販売業・貸与業の営業所管理者の資格取得を希望される方は、従事経験の証明が必要ですので、申込書兼従事証明書をご使用下さい。顔写真を
ここに必ず貼付

無帽・正面・無背景

〔サイズの目安〕

3cm × 4cm

枠内におさまる程度

【 受講者 記入欄 1 】

※正確に楷書でご記入下さい。印字不可能な文字の場合は、修了証は氏名を手書きしての発行となります。

コース名(開催地) (例:東京②)		フリガナ	
開催日	月 日	氏名 (楷書)	

【 受講者 記入欄 2 】 ※文字は楷書とし、略字・崩し字の記載はなさないで下さい。

性別	生年月日(※必須・和暦) 昭和・平成 年 月 日	連絡先 勤務先 / 自宅	受講通知書の送付先FAX番号:
自宅住所 ・電話番号	〒 ※都道府県名は必須		TEL
勤務先名			
勤務先住所 ・電話番号	〒	都 道 府 県	TEL

【 受講者 記入欄 3 】 不備や記載漏れがある場合、受付はできません。また、種類は受講後の変更ができません。

申込講習種類 (該当に○)	1. プログラム高度管理医療機器 2. プログラム特定管理医療機器
私は、この講習を受講して取得した営業所管理者の資格によって、プログラム医療機器のみを販売・貸与することを誓約いたします。	
平成 年 月 日	
自署 署名	印

※本講習で知り得た個人情報は、本講習の関連業務以外には使用しません。