

【別紙様式3】

既存配置販売業者講習、研修等概要届出書

1 実施者	<input type="checkbox"/> 既存配置販売業者が実施 <input type="checkbox"/> 配置販売業に関する団体または配置販売業に関する講習、研修等の実績を有する団体に委託 (団体名：)
2 実施体制	<input type="checkbox"/> 教育、学術等の関係者および消費者等の参画を求めている (参画者、参画団体の名称：) <input type="checkbox"/> 実施規則の整備 <input type="checkbox"/> 実施方法および実績等の情報をすべて公表している <input type="checkbox"/> すべての配置員を受講対象者とする
3 実施時期	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
4 実施形式	<input type="checkbox"/> 講義(座学) : 時間(年間) <input type="checkbox"/> 通信または遠隔講座 : 時間(年間)
5 実施内容 (該当する項目にしを記入)	<input type="checkbox"/> 医薬品に共通する特性と基本的な知識 <input type="checkbox"/> 人体の働きと医薬品 <input type="checkbox"/> 主な医薬品とその作用 <input type="checkbox"/> 薬事に関する法規と制度 <input type="checkbox"/> 医薬品の適正使用と安全対策 <input type="checkbox"/> その他既存配置販売業に従事する者として求められる理念、倫理、関連法規等
6 修了証の交付	<input type="checkbox"/> 修了証交付あり <input type="checkbox"/> 修了証交付なし

以上のとおり、研修概要を届出します。

平成 年 月 日

住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)



(あて先)

滋賀県健康医療福祉部薬務感染症対策課長

担当者氏名：

連絡先 (TEL)：