

**令和 8 年度「医療機器販売業・貸与業の営業所管理者及び
医療機器修理業の修理責任技術者に対する継続的研修」のご案内**

公益社団法人福岡県製薬工業協会では、次のとおり継続的研修を実施します。受講を希望される方は、お申込みいただきますようご案内申し上げます。

1 主 催 公益社団法人 福岡県製薬工業協会

2 日時、場所等

回 事項	第 1 回 【終了】	第 2 回
日 時	令和 8 年 1 0 月 9 日 (金) 1 3 時 3 0 分～1 6 時	令和 9 年 2 月 1 2 日 (金) 1 3 時 3 0 分～1 6 時
場 所	福岡県中小企業振興センター 2 階 2 0 2 会議室 福岡市博多区吉塚本町 9 番 1 5 号 TEL 092-622-0011	福岡県中小企業振興センター 3 階 3 0 1 会議室 福岡市博多区吉塚本町 9 番 1 5 号 TEL 092-622-0011
定 員	8 0 名	1 0 0 名
受 講 料	6, 0 0 0 円 (税込)	
受講申込み 受付期間	令和 8 年 4 月 1 4 日 (火) ～令和 8 年 9 月 1 8 日 (金) 定員になり次第、受付終了となります	令和 8 年 1 0 月 1 4 日 (水) ～令和 9 年 1 月 2 5 日 (月) 定員になり次第、受付終了となります

※ 研修会が延期又は中止になる場合は、当協会ホームページにてお知らせいたします。
恐れ入りますが、ホームページにて随時ご確認をお願いします。

3 研修の目的

当研修会は、医薬品医療機器等法施行規則第 168 条及び第 175 条第 2 項の規定に基づく医療機器販売業・貸与業の営業所管理者並びに第 194 条に基づく医療機器修理業の医療機器修理責任技術者の継続的研修を行うものです。

4 受講対象者

高度管理医療機器、管理医療機器の販売業及び貸与業の営業所管理者並びに医療機器修理業の医療機器修理責任技術者です。

なお、当研修会は、上記管理者、修理責任技術者の要件や資格を取得する基礎研修ではありませんのでご注意ください。

5 研修の内容

- 医薬品医療機器法、その他薬事に関する法令
- 医療機器の品質管理
- 医療機器の不具合報告及び回収報告
- 医療機器の情報提供

6 申込み方法

(1) 当協会ホームページからのインターネット申込み、FAX又は郵送による申込みを受付けます。申込用紙は、当協会ホームページからダウンロードしてください。

(2) 受講料は6,000円(税込)です。申込み時にお支払いください。

お支払い先は次のとおりです。(払込み後のご返却はできません。)

福岡銀行 筑後支店
普通預金 1689215
口座名義人 公益社団法人 福岡県製薬工業協会

申込書の下欄に受講料のお払込年月日を記入し、別紙に受講料払込受領書(票)のコピーを添付してください。なお、振込手数料はお申し込み者様のご負担をお願いします。

7 受講決定及び受講票の送付

申込書及び申込書に添付された受講料払込受領書(票)のコピーによる受講料の払込が確認された方から、先着順に受講者を決定し、研修会開催概ね1週間前に「受講票」をお送りします。

※ 受講票が次の日までに到着しなかった場合は、8の問合せ先までご連絡ください。

第1回研修会 令和 8年10月 9日(金) **【終了】**

第2回研修会 令和 9年 2月12日(金)

8 申込先及び問合せ先

〒833-0055 福岡県筑後市大字熊野994-1

公益社団法人 福岡県製薬工業協会

電話 0942-54-1472 FAX 0942-54-1643

9 修了書の発行

研修会終了後「修了証」を発行します。当日交付できなかった場合は、後日郵送します。

10 受講当日に持参していただくもの

- 受講票
- 本人確認を行いますので、運転免許証等の顔写真、住所等が記載された証明書

令和 8 年度「医療機器販売業・貸与業の営業所管理者及び
医療機器修理業の修理責任技術者に対する継続的研修」申込書

令和 年 月 日

公益社団法人 福岡県製薬工業協会 行

受講票お届け先〔勤務先：自宅〕
何れかに○印をつけてください。(必須)

1 受講日時等(次の何れかを選び、□にチェック☑印を付けてください。)

☐ 第1回 令和 8 年 1 0 月 9 日(金) 13 時 30 分～16 時 福岡県中小企業振興センター 2 0 2 会議室 **【終了】**

☐ 第2回 令和 9 年 2 月 1 2 日(金) 13 時 30 分～16 時 福岡県中小企業振興センター 3 0 1 会議室

2 住所、氏名等

フリガナ		性別	生 年 月 日 (必須)
氏 名 (必須)		男 女	西 暦 年 月 日
現住所〔自宅〕 (必須)	〒 電話番号		
連絡先携帯番号 (必須)			
メールアドレス (必須)	@		
フリガナ			
勤 務 先 名 (必須)			
勤務先所在地 (必須)	〒 電話番号		
業務内容 (必須)	☐ 医療機器販売業の営業所管理者 ☐ 医療機器貸与業の営業所管理者 ☐ 医療機器修理業の医療機器修理責任技術者 何れかにチェックしてください。		
医療機器の種類 (必須)	☐ 高度管理医療機器 ☐ 管理医療機器 何れかにチェックしてください。		

3 申込書送付先

〒833-0055 福岡県筑後市大字熊野994-1
公益社団法人 福岡県製薬工業協会
電 話 0942-54-1472 F A X 0942-54-1643

※ 本研修で知り得た個人情報は、本研修の関連業務以外には使用いたしません。

受講料払込先	受講料払込年月日 令和 年 月 日
福岡銀行 筑後支店 普通預金 1689215 口座名義人 公益社団法人 福岡県製薬工業協会	別紙に、受講料払込受領書(票)のコピーを添付してください。FAXでの申込みの場合は、別紙も併せて送信してください。