令和６年度　医療機器販売業等の営業所管理者、

医療機器修理業の責任技術者に対する継続研修　出席確認レポート用紙

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （フリガナ）  受講者氏名 |  | 受講者番号 |
|  |
| 営　業　所  (事業所)名 |  | |
| 受　講　日 | 令和　６ 年　１０ 月　　　 日（ 　 ） | |
| テーマ：あなたの職場にて医療機器を販売する際の情報提供について、注意すべきことに  ついて述べてください。 | | |
| レポート：200字以上で記入してください。 | | |
| 質問事項：質問のコンテンツ番号と該当スライドの表示時間もご記入ください。  （質問がない場合は空欄で提出してください） | | |
| 出席確認用  キーワード | コンテンツ１．（　　　　　　　）（　　　　　　　）  コンテンツ２．（　　　　　　　）（　　　　　　　）  コンテンツ３．（　　　　　　　）（　　　　　　　）  コンテンツ４．（　　　　　　　）（　　　　　　　）（　　　　　　　） | |

※ここに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で回答いたします。

その際は質問者の氏名等は公開いたしません。

提 出 先：栃木県薬剤師会事務局FAX０２８－６５８－９８４７

提出期限：令和６年１０月３１日（木）