

※ この用紙は既存配置販売従事者用申込用紙です。
登録販売者等の用紙は、この部分が黄色の用紙です。

既存用

(一社)富山県薬業連合会
会長 大津賀 保信 様

既存配置販売業者氏名

(記名押印又は署名をお願いします↑)

既存配置販売従事者 資質向上研修 委託申請書・受講申込書

下記の内容で行われる既存配置販売従事者に対する資質向上研修を貴連合会に委託します。

《研修内容》

平成 21 年 3 月 31 日付け薬食総発第 0331001 号、厚生労働省医薬食品局総務課長通知の 1 の(5)に示す研修内容

《研修の実施方法及び時間数》

チェックを忘れずにつけてください

※ 希望する研修番号の□にチェック(✓)をしてください

<input checked="" type="checkbox"/>	1. 座学 (座学 30 時間)	別紙、研修案内の日程から選択してください。 連続受講ができない場合は、8、10、11 月で、組み合わせてください。なお、8、11 月と 10 月は科目の順番が異なっているので、留意願います。
<input type="checkbox"/>	2. 座学+通信 (座学 15 時間+通信 15 時間)	
<input type="checkbox"/>	3. 特別課程 (座学 30 時間+演習 3 時間)	

※ 受講希望月をご記入ください →※ 連続受講できない場合は、各希望月をご記入ください

受講希望月	1 日目	2 日目	3 日目	4 日目	5 日目
8 月	8 月 20 日	8 月 21 日	8 月 22 日	12 月 1 日	12 月 2 日

※ 座学+通信の組み合わせ研修を選択された場合、座学を希望する科目に○印をご記入ください

第三章(主な一般用医薬品とその作用)を中心とした科目	<input type="checkbox"/>	第三章以外(薬事関係法規や医薬品の基本的な知識、安全対策等)の科目	<input type="checkbox"/>
----------------------------	--------------------------	-----------------------------------	--------------------------

※ 必要事項をご記入ください

ふりがな	やくれん たろう	生年月日	
受講者氏名	薬連 太郎		昭和 50 年 4 月 5 日
郵便番号	〒930 - 0018	希望する座学の科目のどちらかに○印を記載してください。	
ご住所	富山県富山市千歳町	配置に従事しておられるすべての都道府県名を記載してください。	
連絡先(電話)	076-432-0000	所属	千歳会
(携帯)	090-0000-△△△△ (できる限り記載願います)	協同組合	
配置に従事している都道府県名 (すべての都道府県名を記載願います)			
【薬連会員外の方】 加入している医薬品配置協議会等の名前			

※ 薬連会員外の方で、各県の医薬品配置協議会等に加入している方は、この申請書に協議会会費領収書(コピー可)を添付して下さい。

※ この用紙は登録販売者の研修の申込用紙です。
既存の研修の申込用紙は、この部分が青色の用紙です。

登販用

(一社)富山県薬業連合会
会長 大津賀 保信 様

販売業者氏名	薬連太郎
--------	------

(記名押印又は署名をお願いします↑)

登録販売者に対する外部研修 委託申請書・受講申込書

下記の内容で行われる登録販売者に対する研修を貴連合会に委託します。

《研修内容》

令和4年3月29日付け薬生総発0329第4号、厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長通知の第1のIIの1の⑤に示す研修内容

《研修の実施方法及び時間数》

※ 希望する研修番号の口にチェック(✓)をしてください

<input checked="" type="checkbox"/> 1. 座学 (1日目6時間・2日目6時間)
<input type="checkbox"/> 2. 座学+通信 (座学1日目6時間+通信課題)

チェックを忘れずにつけてください

別紙、研修案内の日程から
選択してください。

「1、座学」の研修を選択し、2日目を異なる月で受講を希望される場合のみ、記載してください。

※ 希望月をご記入ください→※座学で2日目の研修を別の月で

受講希望月
6月

2日目研修
11月

※ 座学+通信の組み合わせ研修を選択された場合、座学を希望する科目に○印をご記入ください

第三章(主な一般用医薬品とその作用)を中心とした科目	<input type="checkbox"/>
----------------------------	--------------------------

第三章以外(薬事関係法規や医薬品の基本的な知識、安全対策等)の科目	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------

※ 必要事項をご記入ください

ふりがな	やくれん たら	希望する座学の科目のどちらかに○印を記載してください。
受講者氏名	薬連 太郎	昭和50年4月5日
郵便番号	〒930-0018	配置に従事されているすべての都道府県名を記載してください。
ご住所	富山県富山市下蔵町1-0-1	
連絡先(電話)	076-432-●×▲○	所 属
(携帯)	090-●○●-1243 (できる限り記載願います)	協同組合
配置に従事している都道府県名 (すべての都道府県名を記載願います)	岩手県、宮城県	
【薬連会員外の方】 加入している医薬品配置協議会等の名前		

※ 薬連会員外の方で、各県の医薬品配置協議会等に加入している方は、この申請書に協議会会費領収書(コピー可)を添付して下さい。

(記入例) 従業員の研修を富山県薬業連合会へ委託される場合

(一社)富山県薬業連合会
会長 大津賀 保信 様

ハンコを必ず押してください

配置販売業者名	薬連株式会社	薬連
---------	--------	----

(記名押印をお願いします↑)

既存配置販売従事者 資質向上研修 委託申請書

既存配置販売従事者に対する資質向上研修を貴連合会に委託します。

《研修内容》

平成 21 年 3 月 31 日付け薬食総発第 033 号の 1 の (5) に示す研修内容

※ 研修の受講対象者は、以下の名簿のとおり

既存の研修を委託する場合は、この用紙に委託する方のお名前を記入してください。

受講申込書は、従業員 1 名につき、1 枚ずつ必ずご記入ください。

No.	受講者氏名		
1	薬連 太郎	6	
2	富山 花子	7	
3	立山 県一	8	
4		9	
5		10	

※ 「既存配置販売従事者 資質向上研修受講申込書」は別添付

※ 薬連会員外の方で、各県の医薬品配置協議会等に参加している方は、この申込書に協議会会費領収書（コピー可）を添付して下さい。

※ 受講される従業員の方、1人1枚記入してください（コピー可）。

既存配置販売従事者 資質向上研修受講申込書

配置販売業者名	薬連株式会社	薬連
---------	--------	----

《研修の実施方法及び時間数》

※ 希望する研修番号の口をチェック（✓）をしてください。
チェックを忘れずにつけてください

<input checked="" type="checkbox"/> 1. 座学（座学 30 時間）
<input type="checkbox"/> 2. 座学+通信（座学 30 時間、通信 30 時間）
<input type="checkbox"/> 3. 特別課程（座学 30 時間）

別紙、研修案内の日程から選択してください。
連続受講ができない場合は、8、10、11 月で、組み合わせてください。
なお、8、11 月と 10 月は科目の順番が異なっているので、留意願います。

※ 希望月をご記入ください → ※ 連続受講出来ない場合は、各々希望月をご記入ください

受講希望月	1 日目	2 日目	3 日目	4 日目	5 日目
8 月	8 月 20 日	8 月 21 日	8 月 22 日	12 月 1 日	12 月 2 日

※ 座学+通信の組み合わせ研修を選択された場合、座学を希望する科目に○印をご記入ください

第三章(主な一般用医薬品とその作用)を中心とした科目	第三章以外(薬事関係法規や医薬品の基本的な知識、安全対策等)の科目
----------------------------	-----------------------------------

※ 必要事項をご記入ください
希望する座学の科目のどちらかに○印を記載してください。

ふりがな	やくれん たろう	生年月日	
受講者氏名	薬連 太郎	昭和 50 年 4 月 5 日	
郵便番号	〒930 - 0018	できるだけ、携帯番号も記入してください	
ご住所	富山県富山市千歳町 1 - ○ - ◆		
連絡先(電話)	076 - 432 - ● × ▲ ○	所属	千歳会
(携帯)	090 - ● ○ ● - 1 2 4 3	協同組合	
配置に従事している都道府県名 (すべての都道府県名を記載願います)			
【薬連会員外の方】 加入している医薬品配置協議会等の名前	富山県医薬品配置協議会		

配置業務に従事されているすべての都道府県名を記載してください。

(一社) 富山県薬業連合会
 会長 大津賀 保信 様

ハンコを必ず押してください

販売業者氏名	薬連株式会社	薬連
--------	--------	----

(記名押印をお願いします↑)

登録販売者に対する外部研修委託申請書

登録販売者等に対する研修を貴連合会に委託します。

《研修内容》

令和4年3月29日付け薬生総発0329第4号、厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長通知の第1のIIの1の⑤に示す研修内容

※ 研修の受講対象者は、以下の名簿のと

No.	受講者氏名		
1	薬連 太郎	6	
2	富山 花子	7	
3	立山 県一	8	
4		9	
5		10	

登録販売者等の研修を委託する場合は、この用紙に委託する方のお名前を記入してください。
 受講申込書は、従業員1名につき、1枚ずつ必ずご記入ください。

※ 薬連会員外の方で、各県の医薬品配置協議会等に参加している方は、この申込書に協議会会費領収書（コピー可）を添付して下さい。

※ 受講される従業員の方、1人1枚記入してください（コピー可）。

登録販売者に対する外部研修受講申込書

配置販売業者名	薬連株式会社	薬連
---------	--------	--

《研修の実施方法及び時間数》 資質向上課程（登録販売者）
 ※希望する研修番号の口にチェック（✓）をしてください

<input checked="" type="checkbox"/>	1. 座学（1日目6時間・2日目6時間）	別紙、研修案内の日程から 選択してください。
<input type="checkbox"/>	2. 座学+通信（座学1日目6時間+通信課題）	

※ 希望月をご記入ください ※座学で2日目の研修を別の月で

受講希望月	2日目研修
6月	11月

「1、座学」の研修を選択し、2日目を異なる月で受講を希望される場合のみ、記載してください。

※ 座学+通信の組み合わせ研修を選択された場合、座学を希望する科目に○印をご記入ください

第三章(主な一般用医薬品とその作用)を中心とした科目	第三章以外(薬事関係法規や医薬品の基本的な知識、安全対策等)の科目
----------------------------	-----------------------------------

※ 必要事項をご記入ください

希望する座学の科目のどちらかに○印を記載してください。

ふりがな	やくれん たらう	生年月日	
受講者氏名	薬連 太郎	昭和50年	4月5日
郵便番号	〒930-0018	できるだけ、携帯番号も記入してください	
ご住所	富山県富山市千歳町1-○-◆ -		
連絡先(電話)	076-432-●×▲○	所属	千歳会
(携帯)	090-●○●-1243	協同組合	

配置に従事している都道府県名 (すべての都道府県名を記載願います)	
【薬連会員外の方】 加入している医薬品配置協議会等の名前	富山県医薬品配置協議会

配置業務に従事されているすべての都道府県名を記載してください。