

(別紙様式2)

新配置販売業者が実施する研修実施報告書

岡山県保健福祉部医薬安全課長 殿

実施者
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

以下のとおり届け出ます。

1 研修概要

【 】年度

外部研修 実施機関 名		※左記機関からの 県への研修実施 報告	有 無
-------------------	--	---------------------------	--------

※「有」の場合は、下記「外部研修」欄の記載を省略することができる。

研修科目	自ら実施する研修		外部研修	
	時間数	形式	時間数	形式
①医薬品に共通する特性と基本的な知識				
②人体の働きと医薬品				
③主な一般用医薬品とその作用				
④薬事に関する法規と制度				
⑤一般用医薬品の適正使用と安全対策				
⑥リスク区分等の変更があった医薬品				
⑦その他登録販売者として求められる理念、倫理、関連法規等				
合 計				

2 受講者

新配置販売業者			
	氏 名	住 所	資 格 (薬剤師・登録販売者・一般従事 者)
区域管理者			
配置員			

- ・書ききれない場合は、必要な資料を添付すること。
- ・形式欄には、「A」(講義(集合研修))、「B」(遠隔講座・通信講座)の記号を記載すること。
- ・登録販売者が受講した外部研修については、修了証の写しを添付すること。ただし、外部研修の実施機関が届け出る場合で、受講者名簿等を添付する場合は、省略することができる。