

既存配置販売業者研修実施体制届出書

研修の実施者	団体名 島根県医薬品配置組合連合会
実施規則の有無	<input type="checkbox"/> 有り ※「有り」の場合は別紙として実施規則の写しを添付すること。 <input checked="" type="checkbox"/> 無し
研修の形式	<input type="checkbox"/> 講義(座学)のみ <input checked="" type="checkbox"/> 講義(座学)と通信又は遠隔講座
研修の内容 (教材を用意している項目にレを記入)	<input checked="" type="checkbox"/> 医薬品に共通する特性と基本的な知識 <input checked="" type="checkbox"/> 人体の働きと医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 主な医薬品とその作用 <input checked="" type="checkbox"/> 薬事に関する法規と制度 <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品の適正使用と安全対策 <input checked="" type="checkbox"/> その他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
その他研修の実施方法に関する こと	<input type="checkbox"/> 教育、学術等の関係者及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 checked="" type="checkbox"/> 試験を実施する <input type="checkbox"/> 小論文を提出させる <input checked="" type="checkbox"/> 従事期間が短い者を対象とした研修がある
修了証の交付・ 受講の公表方法 について	<input checked="" type="checkbox"/> 修了証交付あり <input type="checkbox"/> 修了証交付なし <input checked="" type="checkbox"/> 研修の実施方法を公表する (公表の方法: インターネットホームページで公開)
受講する既存配 置販売業者	別紙のとおり

以上のとおり、研修を実施します。

平成 年 月 日

住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

島根県松江市殿町128

氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

島根県医薬品配置組合連合会

会長 島根 太郎

印

島根県健康福祉部薬事衛生課長 様

担当者氏名: **事務局 島根花子**

連絡先(TEL): **0852-22-XXXX**

【別紙様式 2 - ②】

受講する既存配置販売業者一覧

配置販売業者氏名	許可番号	住所（法人にあっては主たる事務所の所在地）	連絡先 (TEL)
松江 一郎	薬第〇〇号の〇	松江市殿町 1	0852-23-XXXX
出雲 二郎	薬第〇×号の□	出雲市今市町 1 - 〇	0853-21-XXXX
株式会社 東京薬品	薬第△〇号の〇	東京都千代田区霞が関 1 - 〇	03-22XX-XXXX
有限会社 大田配置薬	薬第×□号の△	大田市大田町大田〇〇 - 〇	0854-84-XXXX
浜田 三郎	薬第〇□号の〇	浜田市殿町 1 1 - 〇	0855-29-XXXX
益田 四郎	薬第×〇号の△	益田市昭和町〇〇	0856-31-XXXX
隠岐 五郎	薬第△△号の〇	隠岐郡隠岐の島町〇〇 - 〇〇	08512-2-XXXX

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

島根県松江市殿町 1 2 8

氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

島根県医薬品配置組合連合会 会長 島根 太郎