

(別紙様式2)

() 研修実施報告書

岡山県保健医療部医薬安全課長 殿

実施者
住所 法人にあつては、主たる事務所の所在地
氏名 法人にあつては、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

研 修 科 目	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主な医薬品とその作用		
④薬事に関する法規と制度		
⑤医薬品の適正使用と安全対策		
⑥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		
合 計		

2 受講者

配置販売業者			
	氏 名	住 所	備 考
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。