

(様式1)

既存配置員に対する年間研修等計画

年 月 日

福島県薬務課長

配置販売業許可番号

住 所 (法人にあつては、主たる事業所の所在地)

氏 名 (法人にあつては名称及び代表者の氏名)

研修会等の実施主体 (自社 団体・法人等に委託 (実施者名:))
研修会等実施期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

回数	実施日 (予定)	研修等内容	実施時間	実施場所
研 修 等 時 間 合 計				

※ 参加予定配置員の名簿を添付すること。

(様式2)

既存配置員に対する年間研修等実績

年 月 日

福島県薬務課長

配置販売業許可番号

住 所 (法人にあっては、主たる事業所の所在地)

氏 名 (法人にあっては名称及び代表者の氏名)

研修会等の実施主体 (自社 団体・法人等に委託 (実施者名: _____))
研修会等実施期間 (_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日)

回数	実施日	研修等内容	実施時間	実施場所
研 修 等 時 間 合 計				

※ 参加配置員の名簿を添付すること。

(様式3)

(年) 既存配置販売業講習、研修等の実施概要

1. 目的

2. 研修会等の実施体制 (研修運営委員会の設置、教育・学術等の関係者及び消費者等の参画、実施規則の整備、実施方法及び実績等の情報の公表 等)

3. 対象者 (全ての配置員等)

4. 研修会等の形式

講義 (座学) 形式 : 時間 (年間)

遠隔講座・通信講座形式 : 時間 (年間)

5. 研修会等の内容

- 医薬品に共通する特性と基本的な知識
- 人体の働きと医薬品
- 主な医薬品とその作用
- 薬事に関する法規と制度
- 医薬品の適正使用と安全対策
- その他既存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

6. 研修会等の修了証の交付 (修了証を交付する旨、様式等)

上記により、既存配置販売業講習等を実施します。

年 月 日

住 所 (法人にあつては、主
たる事業所の所在地)

氏 名 (法人にあつては名称
及び代表者の氏名)

福島県知事