「令和４年度　高度管理医療機器等の販売業等に係る継続研修会」

**レポート**

テキスト及びご視聴いただいた講習で、自己学習した内容を下記にご記入の上、

２月２４日（金）までにFAXにてご報告ください。

**FAX：０６－６９４７－５４８０**

提出者氏名　　　　　　　　　　　　　　薬局名

電話番号

**１．薬機法その他薬事に関する法令**

　テキスト、講習の内容を理解できましたか　（□はい　□いいえ）

　視聴日：　　月　　日　　キーワード（必須）：　　　　　、　　　　　、

　自己学習した内容：

**２．医療機器の品質管理**

テキスト、講習の内容を理解できましたか　（□はい　□いいえ）

　視聴日：　　月　　日　　キーワード（必須）：　　　　　、　　　　　、

　自己学習した内容：

**３．医療機器の不具合報告及び回収報告**

テキスト、講習の内容を理解できましたか　（□はい　□いいえ）

　視聴日：　　月　　日　　キーワード（必須）：　　　　　、　　　　　、

　自己学習した内容：

**４．医療機器の情報提供**

テキスト、講習の内容を理解できましたか　（□はい　□いいえ）

　視聴日：　　月　　日　　キーワード（必須）：　　　　　、　　　　　、

　自己学習した内容：