

(別紙3)

研修実施機関研修実施届出

年 月 日

厚生労働大臣 殿

(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

住 所 〒

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

氏 名

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則第15条の11の3第2項、第147条の11の3第2項及び第149条の16第2項並びに「登録販売者に対する研修の実施に係る取扱いについて」(薬生総発 0329 第4号令和4年3月29日厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長通知)の規定に基づき、下記のとおり実施する研修について届け出ます。

記

外部研修 実施機関	名 称	
	所在地	〒
	法人にあつては 代表者氏名	
研修実施場所 (実施する都道府県名)		
研修に関する 問い合わせ先	部署等	
	電話番号	
	電子メールアドレス	
研修の概要が記載されているホームページアドレス		
備 考		

※記入上の注意

- ・用紙の大きさはA4とすること。
- ・欄が不足する場合は別紙とすること。
- ・本様式の内容を具備しているときは、任意様式によることができる