

# 平成27年度 高度管理医療機器・特定管理医療機器 販売及び貸与営業所管理者講習会

公益財団法人 医療機器センター

## 実施要領

公益財団法人 医療機器センターは、平成27年度の「高度管理医療機器・特定管理医療機器販売及び貸与営業所管理者講習会」を下記のとおり実施いたします。この要領を熟読し、内容をよく理解した上で、申込書類に記入してください。また記入もれ・捺印もれ等、不備のないことを確認しお申し込みください。

\*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（以下、「医薬品医療機器等法」と記す。）施行規則により、医療機器販売及び貸与業の営業所管理者基礎講習会は、次の7つに分類されています。

1. 高度管理医療機器（※特定保守管理医療機器含む）
2. 特定管理医療機器（※医療機関向け管理医療機器）
3. 指定視力補正用レンズ等 [コンタクトレンズ]
4. 補聴器
5. 家庭用電気治療器
6. プログラム高度管理医療機器
7. プログラム特定管理医療機器

この内、本講習会は、1. 高度管理医療機器 と 2. 特定管理医療機器 の医療機関向け医療機器を販売・貸与する営業所管理者の基礎講習として実施するものです。

(注) 本講習会は新たに資格取得を目的とされる方を対象としています。

既に資格を取得し、営業所の管理者となっている方の継続研修ではありませんのでご注意ください。

過去に本講習(平成17年度までの講習会名称:医療機器販売及び賃貸管理者講習会、平成26年度までの講習会名称:高度管理医療機器・特定管理医療機器販売及び賃貸営業管理者講習会)を受講し、既に修了証をお持ちの方は再度受講する必要はありません。

### 【問合せ及び申込み先】

〒113-0033 東京都文京区本郷 3-42-6 NKDビル7F  
公益財団法人 医療機器センター 薬事事業部

TEL : 03(3813)8156 [薬事事業部直通]

FAX : 03(3813)8733

URL : <http://www.jaame.or.jp/>

※電話でのお問い合わせについては、祝祭日を除いた月曜から金曜の午前10時～12時と午後1時～5時までとさせていただきます。

◆講習の目的及び受講資格◆

本講習会は、『医薬品医療機器等法施行規則第162条第1項第一号に規定する、高度管理医療機器等の販売等を行う営業所の管理者の資格取得』及び『医薬品医療機器等法施行規則第175条第1項に規定する、特定管理医療機器のみの販売等を行う営業所の管理者の資格取得』を目的とする講習会です。

取り扱う医療機器の種類 〈管理者の資格の規定〉	受講資格
「高度管理医療機器」 (特定保守管理医療機器含む) (指定視力補正用レンズ等・プログラム高度管理医療機器を除く) 〈医薬品医療機器等法施行規則第162条第1項第一号〉	高度管理医療機器(特定保守管理医療機器含む)の販売等に関する業務に3年以上従事した者。 ※平成18年4月1日以前に薬事法で定める医療機器を販売等していた期間は、高度管理医療機器等を販売等していた期間とみなされます。
「特定管理医療機器」 (補聴器・家庭用電気治療器・プログラム特定管理医療機器を除く医療機関向け管理医療機器) 〈医薬品医療機器等法施行規則第175条第1項各号列記以外の部分に規定〉	特定管理医療機器(補聴器・家庭用電気治療器・プログラム特定管理医療機器を除く)の販売等に関する業務に3年以上従事した者。若しくは高度管理医療機器の販売等に関する業務に1年以上従事した者。 ※平成18年4月1日以前に薬事法で定める医療機器を販売等していた期間は、高度管理医療機器等を販売等していた期間とみなされます。

(注)「従事期間」は、2以上の届出または許可を取得している業態又は場所において通算したものでも構いません。

◇受講免除者◇

本講習を受講しなくても、医療機器の種類を問わず営業所の管理者の資格要件を満たす者として掲げられている者(平成21年9月4日薬食機発0904第1号厚生労働省医薬食品局審査管理課医療機器審査管理室長通知)

- ①医師、歯科医師、薬剤師の資格を有する者
- ②医療機器の第1種製造販売業の総括製造販売責任者の要件を満たす者
- ③医療機器の製造業の責任技術者の要件を満たす者(「大学等で、物理学、化学、生物学、工学、情報学、金属学、電気学、機械学、薬学、医学又は歯学に関する専門の課程を修了した者」等を指す)
- ④医療機器の修理業の責任技術者の要件を満たす者
- ⑤改正法附則第7条の規定により医薬品医療機器等法(昭和35年法律第145号)第36条の8第1項に規定する試験に合格したとみなされたもののうち、同条第2項の登録を受けた者(薬種商適格者であって登録販売者の登録を受けた者を指す。)
- ⑥財団法人医療機器センター及び日本医科器械商工団体連合会が共催で実施した医療機器販売適正事業所認定制度「販売管理責任者講習」を修了した者

◆講習の日程・定員・会場及び受講申込締切◆

開催地	日程	会場	定員	申込締切日
東京	平成27年6月4日(木)	大田区産業プラザ(PiO) 東京都大田区南蒲田1-20-20	350名	平成27年4月28日(火)
大阪	平成27年6月10日(水)	大阪国際会議場(グランキューブ大阪) 大阪市北区中之島5-3-51	350名	平成27年5月7日(木)

※会場の案内図は、受講票と共に送付します。また、会場には講習内容について問い合わせをしないでください。  
※申込締切日について: 郵送の場合は当日消印有効、持参の場合は午後5時迄です。余裕を持ってお早めにお申し込み頂きますようお願い致します。

- (注) 1 先着順(受講申込書類の到着順)に書類審査をし、不備がないものから受付します。なお、各会場が定員に達した場合は、締切日以前でも申し込み受付を終了いたしますので予めご了承ください。  
2 万一、定員超過後に申込書類が到着し、受講することができない方には当センターから直接受講申込者本人にご連絡します。  
3 本講習は個人に係る資格取得の講習です。お申し込み後の受講者変更はできませんので、ご注意ください。

◆講習の内容◆

カリキュラムは別記のとおりです。

◆受講料◆

14,500円 [消費税・テキスト代を含む]

- ・振込み手数料はお申し込み者側でご負担をお願いします。
- ・受講料の納入時期及び振込先については、審査結果通知の送付の際にお知らせします。

◆申込みに必要な書類◆

受講申込書類は次のとおりです。

- ①受講申込書
- ②従事年数証明書
- ③受講申込書類提出用封筒の表紙(医療機器センター宛)  
[角型2号封筒に貼り付けてご使用ください。]

※上記書類は全て当センターのホームページ(<http://www.jaame.or.jp/>)から入手できます。

【ホームページから申込書類等入手する場合について】

申込書類を入手するためには、当センターのホームページにアクセスし、ダウンロードして入手してください。(PDF形式)

- ①、②はプリントアウトして(A4横)そのままご使用ください。
- ③はプリントアウトして(A4縦)お手持ちの角型2号(A4版用紙を折らずに封入できるサイズ)の封筒の前面に貼ってご使用ください。

◆受講申込み及び送付方法◆

受講申込書類は必ず簡易書留(宅配便可)など、送付記録が残る方法にて郵送するか又は直接当センターに持参してください。なお、受領した受講申込書類は原則返還いたしませんのでご注意ください。

・郵送の場合

受講申込書類(上記①、②)に必要な事項を記入・捺印し、写真を貼付のうえ、必ず受講申込書類提出用封筒(上記③)にて、簡易書留等(宅配便可)で当センターに送付してください。また、複数名分の受講申込書類を一括して送付する場合は、必ず個々の受講申込書類提出用封筒(上記③を個々に作成する)に入れ、別封筒で一つにまとめ、宅配便又は簡易書留等で送付してください。

・直接持参の場合

直接当センターに持参する場合は、上記郵送の場合と同様に受講申込書類提出用封筒(上記③)に入れ、持参してください。(複数の場合も上記同様)

なお、専用封筒に入れていない、複数名のとき個々に分けていない場合は、受理しかねることがあります。受付時間は午前10時から午後5時迄です。(土日・祝祭日を除く)

◆受講申込書類作成上の留意点◆

受講申込書は、正しく丁寧に記入してください。また、次の留意事項をよく読み、記入もれ等がないようご注意ください。記入もれ等がある場合は、申込書類が無効になる場合があります。

①受講申込書

- ・受講者コード欄は記入しないでください。
- ・希望会場欄は希望する会場名を○印で囲んで記入してください。
- ・受講希望の講習区分(修了証の区分)はいずれかに○印を付けてください。

講習区分(修了証の区分)	取り扱い可能な医療機器の範囲
高度を選んだ場合	全ての医療機器[クラスⅠ～Ⅳ]
特定を選んだ場合	高度管理医療機器以外の医療機器[クラスⅠ～Ⅱ：特定保守管理医療機器除く]のみ

- ・氏名欄は自署捺印してください。性別欄は該当する性別に○印を付けてください。氏名欄及び勤務先名欄のフリガナのふり忘れ、捺印もれ等ないように十分注意してください。
- ・写真(3.0cm×2.4cm)は、受講申込前3ヶ月以内に正面脱帽で撮影したもので、写真の裏面には氏名を記載して写真貼付欄に貼付してください。(白黒写真可、スナップ写真は不可)

※勤務先所在地は、審査結果通知、受講票及び修了証等の送付先となりますので、申込後に変更があった場合には速やかに当センターまでご連絡ください。

※受講料の一括請求をご希望の場合には、申込者リストとご担当者の連絡先を明記した書類を添付してください。

※申込書の氏名・生年月日・現住所(都道府県名のみ)等は修了証に記載されますので正確にご記入ください。

②従事年数証明書

- ・受講者記入欄は自署捺印してください。
- ・従事した業務に必ず○印を付けてください。(ex. 販売 賃貸)
- ・証明者記入欄の証明者は受講者の資格要件を証明できる所属長以上の者。本人が事業主の場合は本人の証明。従事年数記入がない場合は無効となります。(講習会の前日までに必要年数を満たしていれば受講可能です。その際、右側余白に手書きで「見込み」と記入してください。)
- ・従事期間は、2以上の業態又は場所において通算したもので構いません。
- ・従事事業所が2事業所以上にあたる場合は、従事年数証明書をコピーし、証明者記入欄に各々の証明を受け、提出してください。

但し、同一法人内で事業所の長より上の者[本社の社長等]が証明する場合は、1枚の証明で可能です。証明書の支社・営業所名、所在地、許可取得年月日、許可番号の欄をそれぞれ併記してください。

平成27年度 高度管理医療機器・特定管理医療機器販売及び貸与営業所管理者講習会  
 受講申込書

写真貼付欄  
 3.0cm  
 X  
 2.4cm  
 写真の裏に  
 氏名を記入

受講希望の講習区分(修了証の区分) (〇で囲んでください)		希望会場 (〇で囲む)		1.東京 (6/4)    2.大阪 (6/10)		受講希望コード (〇で囲んで記入してください)		* 本籍(外国籍)	
1. 高度管理医療機器 2. 特定管理医療機器		性別 1. 男 2. 女		昭和 平成 年 月 日 (満 歳)		生年月日		都道府県	
申込者 氏名 (自署捺印のこと)		性別 1. 男 2. 女		昭和 平成 年 月 日 (満 歳)		生年月日		都道府県	
現住所		都道府県		昭和 平成 年 月 日 (満 歳)		生年月日		都道府県	
勤務先名 (支店名、営業所名 都庁等に記入して ください)		都道府県		昭和 平成 年 月 日 (満 歳)		生年月日		都道府県	
勤務先 所在地 (受講票等送付先)		都道府県		昭和 平成 年 月 日 (満 歳)		生年月日		都道府県	
取り扱い医療機器 (〇で囲んでください) (複数選択可)		1. 高度管理医療機器(コンタクトレンズ・プログラムを除く) 2. 指定視力補正用レンズ等(コンタクトレンズ) 3. 特定管理医療機器(医療機関向け管理医療機器) 4. 補聴器 5. 家庭用電気治療器 (※従事年数証明書と同じ医療機器を〇で囲むこと)		従事経験 年数		昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで 年 箇月間 (※従事年数証明書と同じ期間を記入すること)		携帯TEL ( ) -	

公益財団法人 医療機器センター 理事長 殿

上記により、平成27年度高度管理医療機器・特定管理医療機器販売及び貸与営業所管理者講習会の受講を申し込みます。平成 27年 月 日(申込書記入日)

記入例

平成27年度 高度管理医療機器・特定管理医療機器販売及び貸与営業所管理者講習会  
受講申込書

写真貼付欄  
3.0cm  
x  
2.4cm  
写真の裏に  
氏名記入

取得できる修了証の資格区分が違ふことにご注意ください！  
(※実施要領「講習の目的及び受講資格」を参照ください)

受講希望の講習区分(修了証の区分) (◎で囲んでください) 1. 高度管理医療機器 2. 特定管理医療機器	希望会場 (◎で囲む) 1. 東京 (6/4) 2. 大阪 (6/10)	受講者コード (◎印は記入しないでください) *	〒113 - 0033 東京都文京区本郷1丁目2-3 医療マシヨン101号
フリガナ フンキョウ タロウ 文京 太郎	性別 1 男 2 女 1 男 2 女	生年月日 42 年 1 月 1 日 (満 48 歳)	〒113 - 0033 東京都文京区本郷1丁目2-3 医療マシヨン101号
印もれ注意 (印)	昭和 平成	昭和 平成	〒113 - 0033 東京都文京区本郷4丁目5-6 ABC ビル 1階
フリガナ イリョウキキ カブシキカイ 医療機器 株式会社	東京都 文京区	昭和 平成	〒113 - 0033 東京都文京区本郷4丁目5-6 ABC ビル 1階
TEL ( 03 ) - 1234 - 5678 FAX ( 03 ) 1234 - 5678 携帯TEL ( 090 ) - 1234 - 5678	東京都 文京区	昭和 平成	〒113 - 0033 東京都文京区本郷4丁目5-6 ABC ビル 1階
フリガナ (会社名) (部署名)	東京都 文京区	昭和 平成	〒113 - 0033 東京都文京区本郷4丁目5-6 ABC ビル 1階
勤務先名 (◎印は記入しないでください)	東京都 文京区	昭和 平成	〒113 - 0033 東京都文京区本郷4丁目5-6 ABC ビル 1階
勤務先所在地	東京都 文京区	昭和 平成	〒113 - 0033 東京都文京区本郷4丁目5-6 ABC ビル 1階
取得済みの医療機器 (◎で囲んでください) 恒数選択可	1. 高度管理医療機器(コンタクトレンズ・プログラムを除く) 2. 指定視力補正用レンズ等(コンタクトレンズ) 3. 特定管理医療機器(医療機関向け管理医療機器) 4. 補聴器 5. 家庭用電気治療器 (※従事年数証明書と同じ医療機器を◎で囲むこと)	従事年数 24 年 5 月 から 27 年 5 月 まで 3 年 0 箇月間 (見込)	〒113 - 0033 東京都文京区本郷4丁目5-6 ABC ビル 1階

※証明日の時点では受講要件年数を満たさなくても、受講日の前日までに満たせば受講が可能です。記入方法：後の年月日欄に受講要件年数を満たす年月日を記入し、右の余白に(見込み)と記入してください。

公益財団法人 医療機器センター 理事長 殿

上記により、平成27年度高度管理医療機器・特定管理医療機器販売及び貸与営業所管理者講習会の受講を申し込みます。平成 27 年 3 月 30 日(申込書記入日)

平成27年度 高度管理医療機器・特定管理医療機器販売及び貸与営業所管理者講習会  
従事年数証明書



登録者記入欄

氏名: \_\_\_\_\_ (印) (自署捺印のこと) 本籍: \_\_\_\_\_ 都道府県 生年月日: 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

現住所: \_\_\_\_\_

上記の者(氏名: \_\_\_\_\_)は、昭和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで  
平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 現在

(勤務先名及び支社・営業所名): \_\_\_\_\_

(支社・営業所の所在地): \_\_\_\_\_ に於いて、

※取り扱い医療機器の種類を○で囲む。複数選択可

- 1. 高度管理医療機器(コンタクトレンズ・プログラムを除く)
- 2. 指定視力補正用レンズ等(コンタクトレンズ)
- 3. 特定管理医療機器(医療機関係管理医療機器)
- 4. 補聴器
- 5. 家庭用電気治療器

販売  
の  
貸与(賃貸)  
(該当を○で囲む)

している

に関する業務に従事

していた

ことを証明します。

(該当を○で囲む)

※上記事業所の都道府県への許可取得年月日及び許可番号、もしくは届出年月日(※注:許可もしくは届出どちらかを○で囲む。)  
[※更新年月日ではありません。最初に業許可を取得した年月日を記入してください。]

- 1. 医療機器販売業 許可 届出 取得年月日( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) 許可番号( \_\_\_\_\_ )
- 2. 医療機器貸与(賃貸)業 許可 届出 取得年月日( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) 許可番号( \_\_\_\_\_ )

名称

所在地

平成 27 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日(証明書記入日)

証明者(役職名・氏名)

(印) (必ずご捺印ください)

証明書記入欄

- (注意)
- 1. 従事年数不足・届出及び許可取得年月日の記入もれがある場合は、申込みが無効となりますので注意してください。
  - 2. 従事した業務に必ず○印を付けてください。(ex. (販売) (賃貸) (印))
  - 3. 証明依頼があった場合には、それを拒否することはできません。また、証明者は、虚偽又は不正の証明を行ってはなりません。(医薬品医療機器等法施行規則第15条の9)
  - 4. 証明者は受講申込者の所属長以上の者となります。本人が事業主の場合は本人による証明となります。

記入例

平成27年度 高度管理医療機器・特定管理医療機器販売及び貸与営業所管理者講習会  
従事年数証明書



氏名: 文京太郎 (東京都) 東京都 昭和平成 42年1月1日  
現住所: 東京都文京区本郷1-2-3 医療マージョン101号

現在も従事している場合は証明書記入日

上記の者(氏名: 文京太郎)は、昭和24年5月10日から昭和27年5月10日まで (見込み) 3年0箇月間、現在

※証明日の時点では受講要件年数を満たさなくても、受講日の前日までに満たせば受講が可能です。  
記入方法: 後の年月日欄に受講要件年数を満たす年月日を記入し、右の余白に(見込み)と記入してください。

(勤務先名及び支社・営業所名): 医療機器株式会社 東京本社  
(支社・営業所の所在地): 東京都文京区本郷4丁目5-6 ABCビル 1階

※取り扱い医療機器の種類を○で囲む。抜粋選択可

- 1. 高度管理医療機器(コンタクトレンズ・プログラムを除く)
- 2. 指定視力補正用レンズ等(コンタクトレンズ)
- 3. 特定管理医療機器(医療機関係管理医療機器)
- 4. 補聴器
- 5. 家庭用電気治療器

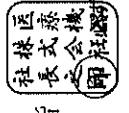
の 販売 に関する業務に従事  
貸与(賃貸) していた (該当を○で囲む)

している ことを証明します。  
していた (該当を○で囲む)

※上記事業所の都道府県への許可取得年月日及び許可番号、もしくは届出年月日 (※注: 許可もしくは届出どちらかを○で囲む。)  
[※更新年月日ではありません。最初に業許可を取得した年月日を記入してください。]

- 1. 医療機器販売業 許可 届出 取得年月日( H17 年 4 月 1 日) 許可番号( 00000000 )
- 2. 医療機器貸与(賃貸)業 許可 届出 取得年月日( ) 許可番号( )

平成 27 年 3 月 20 日(証明書記入日)  
名称 医療機器株式会社  
所在地 東京都文京区本郷4丁目5-6 ABCビル 1階  
証明者(役職名・氏名) 代表取締役社長 医療 太郎



販売業または貸与業許可証に記載されている番号を記入。

(注意) 1. 従事年数不足や届出及び許可取得年月日の記入もれがある場合は、申込みが無効となりますので注意してください。  
2. 従事した業務に必ず○印を付けてください。(ex. 販売 賃貸)  
3. 証明依頼があった場合には、それを拒否することはできません。また、証明者は、虚偽又は不正の証明を行ってはいけません。  
4. 証明者は受講申込者の所属長以上の者となります。本人が事業主の場合は本人による証明となります。

※支社・営業所の所属長以上の方が証明して下さい。  
(現在従事されている支社・営業所の所属長が、他の支社・営業所での従事経験を証明することはできません。)

証明書記入欄

証明書記入欄

1 1 3 - 0 0 3 3

切手  
貼付欄

簡易書留

東京都文京区本郷3-42-6 NKDビル7階  
公益財団法人 医療機器センター 行



平成27年度 高度管理医療機器・特定管理医療機器  
販売及び貸与営業所管理者講習会受講申込書類在中

フリガナ		※受講希望の講習区分いずれかにチェックをしてください。	
氏名		<input type="checkbox"/> 高度管理医療機器	<input type="checkbox"/> 特定管理医療機器
受講希望会場 (チェックをしてください)	東京(6/4) <input type="checkbox"/>	大阪(6/10) <input type="checkbox"/>	
勤務先	名称		
	住所	〒 -	

※送付書類のチェックをして確認してください。(記入もれ、捺印もれ注意)		過去	審査
<input type="checkbox"/> 受講申込書(写真を貼付してあること)	<input type="checkbox"/> 従事年数証明書(必要年数を満たしていること)		

この用紙をお手持ちの角型2号(A4サイズの書類が折らずに入る大きさ)封筒の前面に貼ってご使用ください。