

# 平成21年度 コンタクトレンズ販売営業管理者講習会

財団法人 医療機器センター

## 実施要領

財団法人 医療機器センターは、平成21年度の「コンタクトレンズ販売営業管理者講習」を下記のとおり実施します。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。

\*平成18年4月1日から、薬事法施行規則の改正により、医療機器販売及び賃貸業の営業管理者基礎講習会が、次の5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[コンタクトレンズ]
4. 補聴器
5. 家庭用電気治療器

この内、本講習会は、**3. 指定視力補正用レンズ[コンタクトレンズ]** を販売する営業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を取得されたい方を対象としています。

すでに資格を取得し、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)を受講し修了証を持っている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  
(財)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、『薬事法施行規則第 162 条第 2 項第一号に規定する、指定視力補正用レンズ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
<p>「指定視力補正用レンズ」 平成 18 年厚生労働省告示第 69 号により指定されているコンタクトレンズの範囲は次のとおりです。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・再使用可能な視力補正用色付コンタクトレンズ</li> <li>・再使用可能な視力補正用コンタクトレンズ</li> <li>・単回使用視力補正用コンタクトレンズ</li> <li>・単回使用視力補正用色付コンタクトレンズ</li> </ul> <p>〈薬事法施行規則第 162 条第 2 項第一号〉</p>	<p>指定視力補正用レンズの販売等に関する業務に1年以上従事した者。若しくは高度管理医療機器等の販売等に関する業務に1年以上従事した者。</p> <p>※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るので、<u>同一のものを講習会開催の日までに通算して1年以上取り扱って</u>いれば、高度管理医療機器等に関して従事していた者とみなし、左記の受講資格として認められる。</p>

- (注) 1 「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。  
 2 治療用コンタクトレンズは医療機関向けの高度管理医療機器であり、本講習の対象医療機器ではありません。(治療用コンタクトレンズを取り扱う営業所の管理者の資格を取得するための基礎講習会は「高度管理医療機器販売及び賃貸営業管理者講習会(指定視力補正用レンズを除く)」です。)  
 3 薬事法上、コンタクトレンズは高度管理医療機器に分類されていますが、使用者が販売業者より直接購入し、日常生活で用いるという点で他の医療機関向け高度管理医療機器とは異なるため、講習内容をコンタクトレンズに特化した内容にして高度管理医療機器販売及び賃貸営業管理者基礎講習と区別されています。

◇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 18 年 6 月 28 日薬食機発第 0628001 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、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」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薬種商販売業許可を受けた店舗における当該店舗に係る許可申請者(申請者が個人の場合に限る。)若しくは当該店舗に係る適格者
- 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
大阪	平成 21 年 6 月 3 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 21 年 4 月 10 日(金)
東京	平成 21 年 6 月 18 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 21 年 4 月 17 日(金)

※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するようお勧めします。

- (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◆

15,000 円 [消費税は非課税: 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(医療機器センター宛)

[ホームページよりダウンロードした場合は、この様式に記入後、角型2号封筒に貼り付けてください。]

※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(宅急便可)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(宅急便可)で直接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、受理しかねる場合があります。

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。

・氏名欄は自署捺印。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。

※申込者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・自宅住所(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。

・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)

・事業所の医療機器の販売業許可年月日、許可番号は必ず記入してください。

・上記、販売業許可取得年月日について:平成16年度(平成16年4月～平成17年3月31日)に許可証を交付された事業所の販売業許可取得年月日は改正薬事法施行の平成17年4月1日となります。

### ③受講申込書類提出用封筒(医療機器センター宛)

・受講希望会場にチェックしてください。

・氏名、勤務先名、勤務先住所、連絡先 TEL を明記してください。

・送付書類をチェックして確認してください。

◆審査結果通知の送付◆

先着順(受講申込書類の到着順)に書類審査を行います。申込書類に不備がある場合は照会に時間を要し、その間は保留扱いとなりますので十分に注意してください。

書類審査を通過した方には審査結果通知(受講料の納入方法のお知らせ含む)を送付します。

送付予定:4月中旬以降、審査を通った申込者より随時

5月中旬になっても審査結果通知が届かない場合は、当センターに必ずお問い合わせください。  
この際、受講申込書類を郵送した簡易書留等の控えにある引受番号が必要となります。

◆受講票等の送付◆

受講料の納入が確認された方には、講習会の開催2週間前までに受講票(会場の案内図等含む)を送付します。  
なお、講習会開催の1週間前になっても受講票等が届かない場合は当センターにお問い合わせください。

◆テキストについて◆

講習会で使用するテキストは講習会当日の受付にて配付いたします。

◆講習修了証の交付◆

受講者全員に合否結果を通知します。講習会の全課程を受講し、カリキュラムの最後に行う試験において一定の成績を修めた者に対して、当財団の理事長名で修了証を送付します。

合格者:修了証を送付します。

不合格者:不合格通知及び追試験の案内を送付します。

注)審査結果通知・受講票・修了証は受講申込書の勤務先所在地に個別に送付します。

◆試験について◆

①試験実施方法:マークシート方式

②出題の範囲:講習会での講義内容

◆受講申込みから講習会終了までスケジュール◆

受講申込締切(申込み書類提出期限)  
※定員になり次第、受付を終了させていただきます。

※◆講習の日程・定員・会場及び受講申込締切◆参照

審査結果通知送付  
(受講料納入についての案内含む)

4月中旬以降、審査を通った申込者より随時

受講料納入期限

請求書発行日から10日以内

受講票の送付

講習会開催の約2週間前

講習会

※◆講習の日程・定員・会場及び受講申込締切◆参照

合否結果の通知

7月中旬

合格者:修了証の交付  
不合格者:不合格通知及び追試験の案内

◆個人情報の取扱いについて◆

当講習会にお申し込み頂いた個人情報(氏名・住所等)は、法令等により個人情報の提供を要求された場合を除き、当講習会に関する業務の範囲内に限定して利用させていただきます。

また、受講要件を満たさなかった方の申込書類は、当財団において責任を持って適切に廃棄いたします。

【参考】

厚生労働省令に基づく基礎講習の区分体系等については、当センターのホームページに掲載しておりますので、ご覧ください。

## 平成21年度コンタクトレンズ販売営業管理者講習会カリキュラム

科目	時刻	分	講師等
開場(受付とテキスト配付)	9:00～	9:30	(30)
開講挨拶	9:30～	9:35	5 (財)医療機器センター
オリエンテーション	9:35～	9:45	10 (財)医療機器センター
I. コンタクトレンズの医学的側面	9:45～	10:35	50 日本コンタクトレンズ学会 理事 金井 淳
休憩	10:35～	10:45	(10)
II. 販売業・賃貸業に関する薬事法の規定 1.薬事法 2.薬事法施行令 3.薬事法施行規則 4.医療機器販売業・賃貸業届出書 様式	10:45～	12:10	85 (財)医療機器センター 専務理事 小泉 和夫
休憩(昼休み)	12:10～	13:10	(60)
III. 関連法規 1.医療法・医師法等について	13:10～	13:40	30 (財)医療機器センター 専務理事 小泉 和夫
IV. 医療側からみたコンタクトレンズの販売について	13:40～	14:30	50 (社)日本眼科医会 担当者
休憩	14:30～	14:40	(10)
V. 販売業者等の品質確保における業務管理について	14:40～	15:50	70 日本コンタクトレンズ協会 担当者
VI. 医療機器の流通における品質確保について 1.流通の現状について	15:50～	16:30	40 日本コンタクトレンズ協会 担当者
2.販売倫理・公正競争規約 製造業者側からみた販売業者のあり方を含む	16:30～	16:50	20 日本コンタクトレンズ協会 担当者
休憩	16:50～	17:05	(15)
テスト(オリエンテーションを含む)	17:05～	17:30	25 (財)医療機器センター

※講義の順番及び講師等については変更になる場合もあります。講義時間には質疑応答を含みます。

# 平成21年度 コンタクトレンズ販売営業管理者講習会 受講申込書

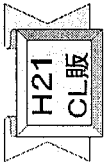
写真貼付欄  
3.0cm  
x  
2.4cm  
写真の裏に  
氏名を記入

希望会場 (○で囲んでください)		1.大阪 (6/3)	2.東京 (6/18)	受講者コード (*欄は記入しないでください)	*
フリガナ		性別	生年月日	本籍(外国籍)	
受講申込者 氏名 (自署捺印)		(印) 1.男 2.女	昭和 平成	年 月 日 (満 歳)	都道 府県
〒		都道 府県			
自宅住所		TEL	FAX	携帯 TEL	
勤務先名		フリガナ (支店名・営業所名・部・課等までもれなく記入すること)			
勤務先 所在地		〒	都道 府県	部署	
取り扱い医療機器 (○で囲んでください) 複数選択可		TEL	FAX	従事経験 年数	昭和・平成 年 月 から 昭和・平成 年 月 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)
1. 高度管理医療機器(コンタクトレンズ除く) 2. コンタクトレンズ(指定視力補正用レンズ) 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					

財団法人 医療機器センター 理事長 殿

上記により、平成21年度コンタクトレンズ販売営業管理者講習会の受講を申し込みます。平成21年 月 日(申込書記入日)

# 平成21年度 コンタクトレンズ販売営業管理者講習会 従事年数証明書



\*欄は記入しないで下さい

受講者コード

\*

### 受講者記入欄

氏名: \_\_\_\_\_ (印) (必ずご捺印ください) 生年月日: 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

自宅住所: \_\_\_\_\_

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(コンタクトレンズ除く)
- 2. コンタクトレンズ(指定視力補正用レンズ)
- 3. 特定管理医療機器(医療機器向け管理医療機器)
- 4. 補聴器
- 5. 家庭用電気治療器

の }  
(いずれかを○で囲む)

販売

に関する業務に従事

賃貸

している

していた

(いずれかを○で囲む)

ことを証明します。

※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を記入して下さい。

- 1. 医療機器販売業 許可取得年月日(平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) 許可番号( \_\_\_\_\_ )
  - 2. 医療機器賃貸業 許可取得年月日(平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) 許可番号( \_\_\_\_\_ )
- 名称 \_\_\_\_\_ 所在地 \_\_\_\_\_

平成 21 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)

- (注意)
- 1. 従事年数不足・届出及び許可取得年月日の記入漏れがある場合は、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. 証明者は受講申込者の所属長以上の者となります。受講申込者本人が事業主の場合は本人の証明となります。

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  
財団法人 医療機器センター 行



平成21年度 コンタクトレンズ販売営業管理者講習会  
受講申込書類在中

フリガナ		受講希望会場 (チェックをしてください)	大阪(6月3日)	東京(6月18日)
氏名			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
勤務先	名称			
	住所	〒 - 申込みについての連絡先電話番号: 勤務先・自宅・携帯・その他( ) TEL: -		

※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)

<input type="checkbox"/> 受講申込書(写真貼付)	<input type="checkbox"/> 従事年数証明書(必要年数を満たしている)
--------------------------------------	-----------------------------------------------

過去	審査

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。