

既存配置薬事講習会実施報告書

1 実施年度	令和 年度		
2 講習会の実施主体 (いずれかの□にレを記入すること)	☐ 配置販売業に関する団体 ☐ 配置販売業に関する講習、研修等の実績を有する団体		
3 講習会の実施体制 (当てはまる項目の□にレを記入すること)	☐ 教育、学術等の関係者及び消費者等の参画 (参画者、参画団体の名称を記入：) ☐ 実施規則（講習等の企画・運営、形式、内容、教材、時間数、修了証を明記）の整備 ☐ 実施方法及び実績等の情報をすべて公表 ☐ すべての受講対象者が受講済みであること		
4 講習会の形式及び内容 (時間数を記入すること)	講義（座学）形式 ：年間（ ）時間 遠隔講座・通信講座形式：年間（ ）時間		
	内 容	年間予定時間数内訳	
		講義（座学）	遠隔・通信講座
	医薬品に共通する特性と基本的な知識	（ ）時間	（ ）時間
	人体の働きと医薬品	（ ）時間	（ ）時間
	主な医薬品とその作用	（ ）時間	（ ）時間
	薬事に関する法規と制度	（ ）時間	（ ）時間
	医薬品の適正使用と安全対策	（ ）時間	（ ）時間
	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	（ ）時間	（ ）時間
5 講習会の修了証の交付 (当てはまる項目の□にレを記入すること)	☐ 交付済み ☐ 未交付		

上記により、既存配置薬事講習会の実施について報告します。

年 月 日

所 在 地

団体の名称及び
代表者の氏名

徳島県保健福祉部薬務課長 殿

連絡先（TEL）	（ ） —
担当者職・氏名	

（注意）

- 1 添付書類として、受講者一覧（別紙様式 4－1）を提出すること。

既存配置薬事講習会 受講者一覧

[illegible]