



薬事の学校 2019

短期集中型講座

関西版

開催概要

【開催期間】 2020年3月11日(水)・12日(木)・13日(金)

【開催日程】 3日間 (午前及び午後) 連続カリキュラム

【会場】 大阪府立男女共同参画・青少年センター (ドーンセンター)

《住所》 大阪市中央区大手前1-3-49

《交通》 地下鉄谷町線/京阪「天満橋」駅、JR東西線「大阪城北詰」駅

【費用】 1名68,000円 (消費税別/テキスト代含む)

複数割 1社2名以上お申込みの場合は、1名につき2,000円割引いたします。


 定員30名
限定!!

開催時間・カリキュラム内容

1時限目 10:00~11:00

2時限目 11:10~12:10

3時限目 13:10~14:10

4時限目 14:20~15:20

5時限目 15:30~16:30

	第1日目 / 3月11日(水)	第2日目 / 3月12日(木)	第3日目 / 3月13日(金)
1時限目	医療機器と薬機法 ～薬事業務の第一歩～	ワークショップ ①	医療機器の薬機法手続き概要 ～的確な製品手続きに向けて～
2時限目	医療機器コンプライアンス/薬事情報収集 ～間違いのない事業展開のために～	改正QMS省令 ～スキルアップ～	医療機器認可の記載内容 ～届書、申請書～
3時限目	医療機器企業の許認可 ～製造と製造販売を行うためには～		指定管理医療機器の申請手続き ～認証申請～
4時限目	GVP省令 ～医療機器の安全管理業務とは～		ワークショップ ②
5時限目	改正QMS省令(概論) ～医療機器の製造管理、品質管理とは～		確認テスト

国内唯一、体系的に医療機器薬事の全てが学べる実践講座!!



「薬事の学校 2019」 関西版 お申込書

<お申込みは、本申込書をFAXしていただくか、またはホームページよりお申込みください。>

FAX : 03-3249-0779 ホームページ : <http://www.yakuji-school.com/>

御社名			
御住所	〒 -		
TEL		FAX	
■ 申込責任者		御所属	E-mail
御名前	(ふりがな)		
■ 参加者 1		御所属	E-mail
御名前	(ふりがな)		医療機器薬事経験数 <input type="checkbox"/> 未経験 <input type="checkbox"/> 1年未満 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 2年以上
■ 参加者 2		御所属	E-mail
御名前	(ふりがな)		医療機器薬事経験数 <input type="checkbox"/> 未経験 <input type="checkbox"/> 1年未満 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 2年以上
■ 参加者 3		御所属	E-mail
御名前	(ふりがな)		医療機器薬事経験数 <input type="checkbox"/> 未経験 <input type="checkbox"/> 1年未満 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 2年以上

下記アンケートにご協力ください。該当する□にチェックをお願いいたします。
 アンケートは今後の講師の参考のみに活用させていただきます。

医療機器のお取り扱いについて	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	
2020年申請予定品目について	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	
薬事担当者数について	<input type="checkbox"/> 1名(専任)	<input type="checkbox"/> 1名(他業務兼任)	<input type="checkbox"/> 2名以上
現在貴社に課題等がございましたらお聞かせください。			
<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 許認可取得/更新	<input type="checkbox"/> 製造管理/品質管理(QMS)	<input type="checkbox"/> 設計開発
<input type="checkbox"/> 製品の薬事手続き	<input type="checkbox"/> 薬事担当者不足	<input type="checkbox"/> その他 ()	
特に修得したいカリキュラムをお聞かせください。(2つまで選択してください)			
<input type="checkbox"/> 業許可、登録	<input type="checkbox"/> 品目承認(認証)	<input type="checkbox"/> QMS	<input type="checkbox"/> GVP
<input type="checkbox"/> その他 ()			
本講習会「薬事の学校2019」関西版の開催をお知りになったきっかけは?			
<input type="checkbox"/> ダイレクトメール	<input type="checkbox"/> 社内紹介	<input type="checkbox"/> 社外紹介 ()	<input type="checkbox"/> SNS
<input type="checkbox"/> 過去受講者ご案内メール	<input type="checkbox"/> ホームページ	<input type="checkbox"/> 弊社営業(担当者)	<input type="checkbox"/> その他 ()
※ 予定ご入金日(必ずご記入ください)		月	日 予定

※お申込み受付後、申込責任者の方(責任者無しの場合は、参加者1の方)へ御請求書を電子メールにてお送りいたします。
 ご入金確認後、正式参加受付となります。
 ※ご入金後のキャンセルについては、原則受講料の変換は致しませんのでご了承ください。