（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

（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

住　所　〒

（法人にあっては、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 | 〒 |
| 法人にあっては  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。