

研修会実施計画書(新規・変更)

石川県薬剤師研修センター
 認定薬剤師研修制度委員会
 委員長 殿

研修会を以下のように計画しています。認定薬剤師研修制度実施規程第6条(1)に基づき、実施計画書を提出し、研修単位シールの交付を請求します。

研修会実施機関	名 称		機 関 番 号
	代表者氏名	印	
担当者(連絡者)	氏 名		
連 絡 先	住 所	〒 ー	
連絡先電話番号		FAX 番号	

※ 変更の場合は、変更部分のみ記入してください。

1	研修会の種類	(○付け) 1. 集合研修 2. 実習研修 3. グループ研修					
2	研修会の名称						
3	開催日時	年 月 日 : ~ : (時間)					
4	会 場	施設名と住所	施設名() 〒 ー				
5	形 式	(○付け) 1. 公開 2. 非公開(会員のみ 事前の受講登録者)					
6	受講料	1. 無料 2. 有料(金額)					
7	受講予定者数	薬剤師 名(全参加者 名)				講師数(薬剤師)	名
8	研修単位シール請求枚数	1 単位	2 単位	3 単位	4 単位	講師用(1単位)	合計枚数
		枚	枚	枚	枚	枚	枚
9	申請手数料納入	申請手数料は、本計画書の提出と同時に納入(直接又は振込)してください 【振込先】 ゆうちょ銀行(郵便局) 口座名:石川県薬剤師研修センター 口座番号:00750-4-57816					
10	添付書類	<input type="checkbox"/> 開催案内の文書(リーフレット等: 演題名や講師名が記されたもの)					
11	開催予告公開	ホームページ公開(1. 希望する 2. 希望しない) その他()					
		☆ 開催リーフレットや受講申込書を電子データで提出すれば、HPに掲載します					

事務局記入欄	受理日	年 月 日	研修会識別番号	
	担当者			