

## 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ましたので、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。 (注)開催予定日の3週間前までに提出してください。

研修会実施機関	名 称		機関番号
	代表者氏名		
担 当 者 (研修単位シール等の送付先及び当会からの問合せ先)	氏 名		
	住 所	〒 -	
	電話番号	※日中連絡の取れる電話番号	
	E-mail	※携帯電話のアドレスは不可	

【研修会実施計画】

※ 変更の場合は、変更部分のみ記入してください。

研修会の種類	1. 集合研修                      2. 実習研修					
研修会の名称						
研修会の内容要旨						
開催日時	20 年 月 日 ~ ( 分)					
開催形態	1. 会場                      2. オンライン                      3. 会場 + オンライン					
会 場 (配信会場)	施設名	〒 -				
	所在地	〒 -				
受講料	1. 無料    2. 有料 (対象者・金額: )					
受講予定者数	薬剤師 名 (全参加者 名)				講師数(薬剤師)	名
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
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					
添付書類	<input type="checkbox"/> 研修会の詳細(演題、講師、開催時間)がわかるプログラム等 <input type="checkbox"/> 申請料を振り込んだ際の利用明細書の写し					
HPへの掲載	電子データの送信先 (E-mail: center-g08@ishikawakenyaku.com)					
本研修会では、利益相反・利益誘導にあたる内容は含まれない                      はい ・ いいえ                      (○で囲む)						

事務局 記入欄	受理日	20 年 月 日	担当者		研修会 登録番号	
------------	-----	----------	-----	--	-------------	--