

研修会実施報告書

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

研修会を実施終了しましたので、認定薬剤師研修制度実施規程第9条(1)に基づき、報告します。

研修会実施機関	名 称	
	代表者氏名	⑩
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

【研修会実施結果】

研修会登録番号		種 類	1. 集合 2. 実習			
研修会の名称						
開催日時	20 年 月 日 : ~ : (分間)					
開催形態	1. 会場 2. オンライン 3. 会場+オンライン					
会 場 (配信場所)	施設名					
	所在地	〒 -				
研修題名						
受講者数	薬剤師	名(参加者		名)	講師数(薬剤師)	名
研修単位シール	受領枚数	1単位	2単位	3単位	4単位	講師用1単位
		枚	枚	枚	枚	枚
		枚	枚	枚	枚	枚
添付書類 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 受講者名簿(会場は自署) <input type="checkbox"/> 研修会の資料(次第、講師資料等)					
	返却すべきもの <input type="checkbox"/> 残余シール <input type="checkbox"/> 貸与した実施機材等					

※ 研修会終了後、2週間以内にこの報告書、受講者名簿及び残余シールを提出のこと

事務局記入欄	報告書受理日	20 年 月 日	担当者	
--------	--------	----------	-----	--