

年 月 日

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	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		

研修会識別番号		種 類	1. 集合 2. 実習 3. グループ				
1. 研修会の名称							
2. 開催日時	年 月 日 : ~ : (時間)						
3. 会 場	施設名						
4. 研修題名							
5. 受講者数	薬剤師	名(全参加者			名)	講師数 (薬剤師)	名
6.	研修単位シール 使用枚数	1 単 位	2 単 位	3 単 位	4 単 位	講師用1単位	
	計画申請時の 受取枚数	枚	枚	枚	枚	枚	
	残余又は 不足枚数	枚	枚	枚	枚	枚	
7.	添付書類 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 研修会で使用した配付テキスト等(書籍の場合は、表紙のコピー) <input type="checkbox"/> 「研修成果報告書」 <input type="checkbox"/> 「研修会アンケート・評価」用紙(記入済み)					

※ 追加の申請手数料が必要なときは、事務局から連絡いたします。

事務局記入欄	受理日	年 月 日	(備考)
	担当者		