

年 月 日

自己研修報告書

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

自己研修を行いましたので、認定薬剤師研修制度実施規程第9条(2)に基づき、報告します。

| | | | | |
|-----------|------|-----------|--|--|
| 自己研修者 | ふりがな | | | |
| | 氏名 | 印 | | |
| 住所 | 住所 | 〒 - | | |
| 連絡先電話番号 | | FAX番号 | | |
| 認定薬剤師登録番号 | | 薬剤師名簿登録番号 | | |

| | | | | |
|----|--------------------|--|------------------------------|------|
| 1. | 研修題目 | | | |
| 2. | 研修の目的 | | | |
| 3. | 研修テキスト | | | |
| 4. | 研修日時 及び 研修時間 | 学習した年月日 | 学習した時刻 | 学習時間 |
| | | 年 月 日 | : ~ : | 時間 |
| | | 年 月 日 | : ~ : | 時間 |
| | | 年 月 日 | : ~ : | 時間 |
| 5. | 研修場所 | (○付け) 1. 自宅 2. 職場 3. その他() | 積算時間 | 時間 |
| 6. | 研修単位シール | 1単位 1枚 | 4時間で1単位です。1単位ごとに報告書を提出してください | |
| 7. | 添付書類 | <input type="checkbox"/> 「自己研修成果報告書」(1単位ごとに、500～800字にまとめる) | | |

| | | | |
|--------|-----|-------|--------|
| 事務局記入欄 | 受理日 | 年 月 日 | 研修識別番号 |
| | 担当者 | | |