

平成 年 月 日

公益社団法人福岡県薬剤師会

会長 原 口 亨 殿

申請者氏名	印
生 年 月 日	大正・昭和・平成 年 月 日
薬剤師免許番号	
現 住 所	〒
連絡先電話番号	(勤務先・自宅)
勤 務 先	

【集合研修】受講単位報告書

実施要綱1の(1)に基づき、次のとおり研修を受講しましたので報告します。

研修会名称		研修会開催日	
研修会開催住所	都・道・府・県		市・区・郡
研修会開催会場		受講単位	単位
研修会内容	研修内容：演題、研修時間、講演者名		
受講シール貼付欄			
受付番号・月日	*平成 年 月 日	*第	号

- (注) 1. この報告書は、研修会毎に記入すること。
2. 受講シールの場合は受講シール貼付欄に貼付し、受講証明書の場合は原本を添えて提出すること。
3. *は記入しないこと。
4. 研修会終了後、1ヶ月以内に送付すること。
5. 日本薬剤師研修センター発行以外の受講シールは研修カードでの管理ができません。
研修手帳に貼付ください。