

(様式7)

## 生涯学習認定単位申請書

(西暦) 年 月 日

一般社団法人日本女性薬剤師会 認定薬剤師研修制度委員会 殿

研修会実施機関	名称
	代表者氏名 (機関印)
連絡先 (単位等送付先及び本会からの問い合わせ対応先)	ふりがな
	氏名
	住所 〒
	電話番号
	E-mail :

下記の研修会を開催いたしますので、生涯研修認定単位を発行していただきたく申請いたします。

1. 研修会の名称						
2. 研修会開催日 (期間)	(西暦) 年 月 日 ( )	3. 開催時間				
4. 研修会開催場所	(住所は都道府県から記載のこと) 〒					
5. 研修単位請求枚数 (90分=1単位)	1単位	枚	2単位	枚	受講 予定者数	人
	3単位	枚	4単位	枚		
6. 研修会演題 (プログラム等必ず添付のこと)						
7. 参加申込等連絡先	電話 :	申込先名			e-mail :	
8. 研修会の公開・非公開	公開 ・ 非公開 (いずれかを○で囲む)					
9. 「日本女性薬剤師会認定薬剤師研修制度ご案内」の要・不要	必要 ・ 不要 (いずれかを○で囲む)					部

- ※注1) 上記に記載した内容及び添付したプログラム等に変更が生じた場合は、この書類を再提出のこと。  
2) 本会の研修単位が不要の場合は、研修単位請求枚数に斜線を引くこと。  
3) 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とする。

日本女性薬剤師会 記入欄	受付日	年 月 日	受理番号	第 号		
	許可日	年 月 日	承諾書発送日	年 月 日		
	委員長	センター長	委員	委員	委員	委員
コメント欄						