生涯研修単位認定研修会の承認申請書

平成　　年　　月　　日

神奈川県病院薬剤師会　会長殿

　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　印

下記の要領で研修会（講演会、勉強会など）を開催いたしておりますので、

県病薬の生涯研修の単位取得の認定研修会としての認定をお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな  会の名称 |  |
| 発足年月日 |  |
| 連絡先 | 〒 |
| 連絡先TEL |  |
| 主催（責任）者 |  |
| 主催者所属 | 施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　職名 |
| 後援の有無 | メーカーなどの後援が　あり　・　なし |
| 主な開催場所 |  |
| 参加者人数 | 人　　　　他施設参加者：　あり・なし |
| 開催間隔 | （年・月）　　　　　回　　　　定期・不定期 |
| 開催費用 | 1回約　　　　　　　円　　（後援者負担分約　　　　　円） |

今後の活動予定（過去1年間の活動内容の資料も添付して下さい。）

（注）用紙の大きさは日本工業規格A４に拡大コピーしてご使用ください