

公益財団法人 日本薬剤師研修センター 理事長 殿

申請者氏名	ふりがな 氏名	性別 (○で囲む)	1. 男性 2. 女性
生年月日	年 月 日		
薬剤師名簿登録番号		認定登録番号	
単位収集方法	1. 研修手帳にシール貼付 2. カード		
受理書等送付先	〒		
連絡先電話番号	(該当の方を○で囲む：自宅・勤務先)		

受講単位請求書

実施要領9の(2)に基づき、受講単位を請求致します。

1. 請求理由 (該当理由を○で囲む。)	1. グループ研修 2. 自己研修 3. 学会等出席 4. 国・地方公共団体主催・共催研修会出席 5. コンピュータ管理の研修会に出席 (その研修会の出席証明書を添付すること)
2. 研修会名称及び実施機関	
3. 講師氏名・所属 (講師がいた場合のみ記入)	
4. 目的・課題・教材名 (課題・教材名は グループ研修、自己 研修のみ記入)	目的： 課題： 教材名：
5. 研修日(期間)	年 月 日 ~ 年 月 日
6. 研修時間(合計)	時間 分
7. 添付資料	グループ研修、自己研修の場合は、下記資料がある場合のみ添付すること。 学会等又は国・地方公共団体の研修会に出席した場合は、下記の2点の資料を必ず添付すること。 1. 研修会プログラムの写し(主催者、研修会名称が判別可能な部分及びタイムテーブル等。出席した箇所に印をつける。) 2. 出席を証明するもの(名札・名簿・修了証・参加費の領収書の写し等)
8. 研修成果	裏面を利用し各自記入。 別紙にワープロ等でまとめたものの添付可。 1単位の請求(例：グループ研修の場合は2時間分、自己研修の場合は4時間分)につき、250~500文字程度にまとめること。

本研修内容に相当する下記項目全てに、□内にレ印をして下さい。

<input type="checkbox"/> 調剤	<input type="checkbox"/> 製剤	<input type="checkbox"/> 処方解析	<input type="checkbox"/> 副作用
<input type="checkbox"/> 相互作用	<input type="checkbox"/> 医療一般	<input type="checkbox"/> セルフメディケーション	<input type="checkbox"/> リスクマネジメント
<input type="checkbox"/> DI・情報	<input type="checkbox"/> 新薬情報	<input type="checkbox"/> 薬剤管理指導業務	<input type="checkbox"/> コミュニケーション技術
<input type="checkbox"/> 医薬品管理	<input type="checkbox"/> 医薬品試験	<input type="checkbox"/> 在宅医療	<input type="checkbox"/> 医療保険・介護保険制度
<input type="checkbox"/> 業務関連の法規	<input type="checkbox"/> 薬事行政・医療行政	<input type="checkbox"/> プライマリケア	<input type="checkbox"/> 漢方薬・生薬
<input type="checkbox"/> 東洋医学	<input type="checkbox"/> 公衆衛生	<input type="checkbox"/> 薬理学	<input type="checkbox"/> 薬理学を除く基礎薬学
<input type="checkbox"/> 医薬品開発・流通	<input type="checkbox"/> 倫理	<input type="checkbox"/> その他	

(注) 1. 用紙の大きさは日本工業規格A4とする。

センター記入欄	受付日 年 月 日	単位 単位	受理番号
---------	-----------	-------	------