公益財団法人 日本薬剤師研修センター 理事長 殿

	名 称					機関	印
研修会 実施機関	代表者氏名						
大	実施機関コード		_		_		
	ふりがな						
連絡者	氏 名						
(シール等	住 所 〒						
送付先)							
	電話番号						

集合 研修会 新規 開催計画書 変更

集合・実習研修会を以下の通り計画しておりますので、実施要領7の(1)に基づいて研修会開催計画書を お送り致します。

づ送り致します。									
1. 研修会の名称									
2. 研修会開催日(期間)				;	3. 開催時間	: ~	:		
4. 研修会開催場所	会場名:			-					
(住所は都道府県名から	住所:〒								
記載のこと)					TEL	()		
5. シール請求枚数	1 単位	枚	6 単	位.	枚	受 講			
(カード方式の場合、枚数	2 単位	枚	9 単	. 位	枚	予定者数	人		
の欄に「カード」と記入)	3 単位	枚			枚	講師用			
	4 単位	枚				(1単位)	枚		
6.研修会演題	(研修会演題	および講師氏	名等が言	己載さ	れたプログラ	ム等を必ず添	付すること)		
7. 参加申込等連絡先	(Tel) (担当者名)								
8. 研修会の公開・非公開	公開・非	公開 (○1	で囲む)						
9. 本研修会の内容及び実施	ー 色に関しては、	研修会実施機	関が責	任を負	負うものである	了承	(○で囲む)		
10. 本研修会内容に相当す	る下記項目全	てに、□内に	レ印をし	て下	さい。				
□倫理	□医療保険・	介護保険制度	□業務	関連の	の法規	□調剤			
□製剤	□医療安全		□医薬	品情報	報・医療情報	□薬学的管理	里・指導		
□コミュニケーション技術	□医薬品管理	E	□医薬	品試願)	□病態と疾息	<u> </u>		
□薬物療法	□副作用		□相互	作用		□教育			
□研究	□健康管理		口セルフ	フメディ	ィケーション等	□在宅医療			
□漢方薬・生薬※	□公衆衛生		□災害	対策		□基礎薬学			
□薬事行政・医療行政	□医薬品開発	≗・流通	□小児	医療-	-般※	□学校保健教	汝育※		
□その他		**	研修時間	の1/	2以上内容を含	む場合レ印を	して下さい。		
			<u>.</u>						
変更事項記入欄	変更内容(社	#号○で囲む) 1 •	2 •	3 · 4 · 5	$\cdot 6 \cdot 7 \cdot 8$	3 · 9 · 10		
(変更がある場合のみ記入)					第		号		
(注) 1. 連絡者欄には、当セン									
2. 変更事項記入欄およひ	*変更内容は、変	€更のあった場↑	合のみ記	人。ま	:た、センター受	:付番号は、当	該の「研修会		

受付番号

開催計画書の受理書」に記載された受付番号を記載すること。

3. 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。

受付日

センター記入欄