様式第５（実施要領７の（１）関係）

平成　　年　　月　　日

公益財団法人 日本薬剤師研修センター　理事長　殿

研 修 会 実施機関	名　称　　機関印										
	代表者氏名										
	実施機関コード				－			－			
連 絡 者 （シール等 送付先）	ふりがな 氏　名										
	住 所 〒										
	電話番号										

集合実習 研修会 新規変更 開催計画書

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。

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 （住所は都道府県名から記載のこと）	会場名：					
	住所：〒 TEL　（　　）					
5. シール請求枚数 （カード方式の場合、枚数の欄に「カード」と記入）	１ 単 位	枚	６ 単 位	枚	受 講 予定者数	人
	２ 単 位	枚	９ 単 位	枚		
	３ 単 位	枚		枚	講 師 用 （１単位）	枚
	４ 単 位	枚				
6. 研 修 会 演 題	（研修会演題および講師氏名等が記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　（○で囲む）					
9. 本研修会の内容及び実施に関しては、研修会実施機関が責任を負うものである　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。

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

変更事項記入欄 （変更がある場合のみ記入）	変更内容（番号○で囲む）	１・２・３・４・５・６・７・８・９・10
	研修センター受付番号(受付済の場合)	第　　号

（注）1. 連絡者欄には、当センターからの問い合わせが可能な連絡者を記入のこと。
2. 変更事項記入欄および変更内容は、変更のあった場合のみ記入。また、センター受付番号は、当該の「研修会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。

センター記入欄	受 付 日	年　月　日	受付番号	第　　号