

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				-			-			
担 当 者	ふりがな										
	氏 名										
	住 所 〒										
	所属機関										
	電話番号										

**認定実務実習指導薬剤師養成講習会 新規 ・ 変更 共催申請書**

認定実務実習指導薬剤師養成講習会を以下の通り計画しておりますので、共催下しますよう、  
お願い致します。

1. 名 称											
2. 開催日	西暦	年	月	日 ( )	3. 開催時間						~
4. 開催場所 (住所は都道府県名 から記載のこと)	会場名 :										
	住所 : 〒										
5. 開催する講座	講座 (○で囲む) : ① ② ③ ④										
	申請料 (講座数分) : _____ 円										
	*振込み手数料は振込み者負担。明細の写しを裏面に貼付										
変更申請 (変更申請の場合記入)	変更内容 (番号を○で囲む)				1・2・3・4・5						
	研修センター受付番号				第			号			

- (注) 1.研修会実施機関コードは、当センター作成の「実施機関コード一覧表」を参考のこと。  
 2.担当者欄には、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。  
 3.変更事項記入欄は変更がある場合のみ記入。変更内容は変更のあった項目の番号を○で囲むこと。  
 またセンター受付番号は、当該の「共催承諾書」に記載された受付番号を記載すること。  
 4.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
---------	-----	-------	------	---	---