参　加　証　明　書

下記の薬剤師が、当方が主催・共催した研修会（別添プログラム）に参加したことを証明します。

薬剤師氏名：

開 催 日：（西暦）　　　　　　年　　　　月　　　　日

開催時間：　　時　　分　～：　　時　　分

会　　場：

（都道府県名：　　　　　　）

記　載　日（西暦）　　　　　年　　　　月　　　　日

主催団体名称：

団体代表者氏名・公印：　　　　　　　　　　　　　　公印