

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
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	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. 参考資料	研修プログラムの写し(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。)がある場合は添付すること。
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。

(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：
---------	------------	--------	-------