平成　　年　　月　　日

岐阜県病院薬剤師会

会　長　殿

申請者　　　　　　　　　　　　印

（責任者）

日病薬病院薬学認定薬剤師研修講座の認定申請書

下記講座を『病院薬学認定薬剤師研修講座』として認定していただきますよう申請します。

―記―

|  |  |
| --- | --- |
| 研修番号 |  |
| 項　　目 |  |
| 講座（研修会等）の名称 |  |
| 演題・講師またはテーマ |  |
| 世　話　人　等 |  |
| 担当者の住所 | 〒　　　－ |
| 同　電話番号 | －　　　　－ |
| 開　催　日　時 | 平成　　年　　月　　日（　　曜日）  時　　分～　　時　　分 |
| 会　場　名 |  |
| 受講予定人員 | 約　　　　　　名 |