

(様式第7号)

認定研修終了報告書

年 月 日

新潟薬科大学高度薬剤師教育研究センター長 殿

団体の名称		団体コード	
代表者名			
シール受領 担当者	氏名		
	電話番号	—	—

西暦 年 月 日付で承認された認定研修開催申請書の承認書に基づく研修会が下記のとおり終了したので、報告いたします。

①研修会の名称							
②開催日(期間)	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()						
③開催時間	時 分 ~ 時 分						
④研修会場名							
⑤研修内容	演題1						
	演題2						
	演題3						
⑥単位シール 使用状況 (90分=1単位)		1単位	2単位	3単位	4単位	5単位	講師用 (+1単位)
	受取枚数	枚	枚	枚	枚	枚	枚
	使用枚数	枚	枚	枚	枚	枚	枚
	返却枚数	枚	枚	枚	枚	枚	枚
⑦受講者数	名						

(注) 研修単位シールを受領した受講者の名簿を添付して提出してください。

(注) 上記で申請した研修シールに不足があった場合は、この書類に研修内容変更届(様式8)を添付してください。後日不足分の研修シールを送付します。

新潟薬科大学 記入欄	受付日	年 月 日	整理番号	係員
	許可日	年 月 日		
	承諾書発送日	年 月 日		