

(様式第9号の2)

研修認定薬剤師単位取得申請書(学会発表用)

年 月 日

新潟薬科大学高度薬剤師教育研究センター長 殿

申請者氏名	ふりがな			印
	氏名			
	ローマ字表記	姓	名	
勤務先				
現住所	〒			
電話番号	— —	FAX番号	— —	
E-mail	@			
新潟薬科大学研修認定薬剤師登録番号(取得者のみ)	N			

生涯研修認定単位として、別刷り3部を添付し、下記を申請いたします。

発表学会名	
開催年月日	(西暦) 年 月 日
開催会場名	
主催団体	
添付資料	<input type="checkbox"/> プログラム(写し) <input type="checkbox"/> 抄録コピー(写し) ※上記のうち、いずれかを添付してください。 <input type="checkbox"/> 学会参加証のコピー

※論文と学会発表の認定は、あわせて10単位までとします。

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		