

(様式第9号の1)

## 研修認定薬剤師単位取得申請書(他機関での研修受講用)

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			㊟
	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、下記を申請いたします。

研修種別	<input type="checkbox"/> 学会 <input type="checkbox"/> シンポジウム <input type="checkbox"/> 研修・その他			
研修日(期間)	年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( )			
開催時間	時 分 ~ 時 分	研修時間合計	分間・時間・日間	
開催場所	会場名			
	所在地	〒		
研修課題	課題名			
	講師名または教材名			
添付資料	<input type="checkbox"/> プログラム(写し) <input type="checkbox"/> 参加証または参加料の領収書(写し) <input type="checkbox"/> レポート ※研修内容および成果を、1~10枚程度にまとめること。 (用紙:A4サイズ、横書き、様式不問) <input type="checkbox"/> 返信用封筒封筒(申請者の氏名等を記入し、80円切手を貼付したもの。 封筒は長形3号またはA4版用紙を3つ折りにして封入できるサイズを使用)			

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		