

平成 年 月 日

認定研修実施報告書

一般社団法人上田薬剤師会 会長 殿

一般社団法人上田薬剤師会薬剤師生涯研修認定制度に基づいて下記の研修を実施しましたので報告いたします。

研修会実施機関	名称			
	代表者氏名	印		
担当者氏名	氏名		部会	
連絡先	住所	〒 -		
	TEL		FAX	

研修識別番号					
研修の種類	1. 集合研修 2. 実習研修 3. グループ研修 4. 自己研修				
研修会の名称					
開催日時	年 月 日 : ~ : (時間)				
開催会場	会場名				
研修会演題・講師名					
参加者数	全参加者数 名 (講師 名、薬剤師 名、その他 名)				
単位シール 請求枚数	1 単位	2 単位	3 単位	4 単位	講師用 1 単位
単位シール使用枚数					
単位シール返却枚数					
研修報告(研修内容の概要をご記入ください。別紙でも可)					

上田薬剤師会 記入欄	受付日	年 月 日	
---------------	-----	-------	--