

## 認定研修開催申請書（新規・変更）

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計画しましたので申請いたします。

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	〒 ー		
	TEL		FAX	
	E-mail			

(注)変更の場合は変更事項のみ記載してください。

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					
研修の名称						
開催日時	年 月 日 : ~ : ( 時間)					
開催形態	1. 会場 2. オンライン 3. 会場+オンライン					
開催会場	会場名					
	所在地	〒				
	オンライン	1. Zoom 2. YouTube 3. その他( )				
形式	1. 公開 2. 非公開(会員のみ 事前の受講登録者)					
受講料	1.無料(対象者: ) 2.有料(対象者: 金額 )					
研修会演題・講師名 (プログラム等を添付してください)						
単位シール 請求枚数 (自己研修以外は 10枚単位で請求すること)	1単位 (90分)	2単位 (180分)	3単位 (270分)	4単位 (360分)	講師用 +1単位	受講 予定者数
	枚	枚	枚	枚	枚	名
認定研修開催 申請料	円 (単位シール10枚につき300円 自己研修は1単位50円)				無	
添付書類	<input type="checkbox"/> 開催案内の文書(パンフレット等: 講演題名等が記されたもの)					
オンライン開催時の 確認事項	責任者氏名					
	単位認定方法					

【裏面】

プロフェッショナル スタンダード領域	1. ヒューマニズム(倫理)      2. 医薬品の適正使用(安全性、経済性) 3. 地域住民の健康増進(薬物乱用防止、セルフメディケーション) 4. リスクマネジメント      5. 法律制度の遵守
研修の目的 到達目標等	

(注)開催予定日の2週間前までに提出してください。

上田薬剤師会 記入欄	受付日	年    月    日
	指定研修	認可    ・    不認可
	申請料の支払い	済    ・    未    ・    無
	研修識別番号	

--