

## 研修会実施計画書（新規・変更）

昭薬同窓会平成塾  
塾長 逸見仁道 殿

支部研修会を以下のように計画しています。認定薬剤師研修制度実施要項 II-(1)に基づき、計画書の提出並びに研修単位シールの交付を請求します。

研修会実施機関	名称	一般社団法人昭薬同窓会				支部	
	代表者氏名						
担当者(連絡者)	氏名	印					
連絡先	住所						
連絡先電話番号		FAX番号					
1.研修会の種類	(○付) ①集合研修 2.実習研修 3.グループ研修						
2.研修会の名称							
3.開催日	年 月 日 ( ) : ~ : ( 時間 分)						
4.演題							
5.講師							
6.会場	住所 施設名						
7.形式	(○付) 1.公開 ②.非公開 (同窓生のみ 事前登録者のみ)						
8.受講料	1.有料 (金額 円) 2.無料						
9.受講予定者数	薬剤師 名 (全参加者 名)					講師数	名
10.研修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	合計枚数	
	枚	枚	枚	枚	枚	枚	
12.添付書類	<input type="checkbox"/> 開催案内の文書 (パンフレット等又はそのコピー)						
事務局記入欄	受理日						
	年 月 日				研修会識別番号		