

認定研修実施報告書

報告日(西暦) 20 年 月 日

公益社団法人東京都薬剤師会 会長 殿

下記の研修を開催しましたので報告いたします。

研修実施機関	名称	
	フリガナ	
	代表者氏名	④
担当者 (認定単位シール等の送付先及び当会からの問合せ先)	フリガナ	
	氏名	
	住所	〒 —
	電話番号	— — ※日中連絡の取れる番号を記入してください
	E-mail	@ ※携帯電話のアドレスは不可

【研修実施報告】

研修コード	G26-		
研修の種類	1. 集合研修 2. 実習研修		
研修等の名称			
開催日時	20 年 月 日 : ~ : (研修時間 分)		
開催形態	1. 会場 2. オンライン		
開催会場			
参加者数	全参加者数 _____ 名 (講師 _____ 名、薬剤師 _____ 名、その他 _____ 名)		
認定単位シール 請求枚数	受講者用 1・2・3・4 単位	※単位数に○をし、 枚数をそれぞれ 記入してください	講師用1単位
	枚		枚
	認定単位シール配付枚数		枚
認定単位シール返却枚数	枚		枚
通信欄(研修会の開催にあたり、特に報告すべき事項等があれば記入してください。別紙添付可)			
添付資料	<input type="checkbox"/> 研修受講者名簿(様式 6-2)を記録したCD-R(返却いたしません) <input type="checkbox"/> 配付しなかった認定単位シール		

※会場開催とオンライン開催併用の場合は、開催形態別に当様式を提出してください(会場開催とオンライン開催では異なる研修コードを付与しているため、1枚の用紙にまとめた報告はできません)。