

## 認定研修中止報告書

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

公益社団法人東京都薬剤師会に認定申請しておりました下記研修につきましては、中止することといたしましたので、報告いたします。

研修実施機関	名称		
	フリガナ		
	代表者氏名	㊟	
担当者 (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	

## 【研修中止報告】 ※予定していた開催内容を記入してください

研修コード *1	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	
中止理由	
添付資料	<input type="checkbox"/> 認定単位シール *2

\*1 研修コードが発行されている場合は記入してください。

\*2 認定単位シールを既に受領済みの場合は、必ず返却してください。