

認定研修開催申請書(会場開催)

申請日(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の薬剤師生涯研修認定制度実施要綱に基づいて下記の研修を計画しましたので、貴会認定研修として申請いたします。(注)開催予定日の3週間前までに提出してください。

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

【研修実施計画書】

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(曜) : ~ : (研修時間 分) *1		
オンライン開催の併用	1. あり 2. なし		
開催会場	会場名		
	所在地	〒	—
HPへの掲載	1. 希望する 2. 希望しない		
受講料	1. 無料 2. 有料(対象者・料金:)		
認定単位シール 請求枚数 *2	受講者用 1・2・3・4 単位	※希望する単位数に ○をし、必要枚数 を記入してください	講師用 1単位 *3
	枚		枚
開催時の受講確認 (別添可)	責任者氏名		
	受講確認の方法		
添付書類	<input type="checkbox"/> 研修会の詳細(演題、講師、開催時間)がわかるプログラム等 <input type="checkbox"/> 返信用封筒(返送先を記入し、110 円切手を貼付すること) *4 <input type="checkbox"/> 申請料を振り込んだ際の「ご利用明細」の写し(A4 サイズ)		
本研修会では、利益相反・利益誘導にあたる内容は含まれない はい ・ いいえ (○で囲む)			
本研修会の内容及び実施に関しては、研修会実施機関が責任を負うものである 了承 (○で囲む)			

*1 挨拶・連絡事項・休憩時間・質疑応答等を除いた、実際の研修時間を記入してください。

*2 受講者用の認定単位シールは、10 枚(330 円)単位で申請してください。

*3 オンライン開催と併用の場合、講師用認定単位シールの必要枚数は、いずれかの申請書にのみ記入してください。

*4 発行する認定単位シールの枚数が 30 枚以下の場合、返信用封筒を添付してください。