

# 研修会等中止報告書

西暦 年 月 日

星薬科大学学長殿

貴学の薬剤師認定制度に基づく研修会等を中止することとなりましたので、研修会等中止報告書を提出いたします。

研修会等実施機関 (主催者)	名 称	機関印 ※同窓会の場合は不要
	代表者名	
連絡者 《注1》	フリガナ 氏 名	
	住 所 〒	
	TEL	
	E-mail	
1. 受付番号 《注2》		
2. 研修会の名称		
3. 開催予定日	西暦 年 月 日	
4. 開催予定場所		
5. 中止理由		

《注1》連絡者欄には、本学からの問い合わせが可能な方を記入してください。

《注2》受付番号は、本学からお出した「受理書 兼 審査結果報告書」に記載がある番号です。

《注3》原則、開催予定日の2週間前までにE-mail (shougaikyoiuku@hoshi.ac.jp宛) または郵送でご提出ください。

本学記入欄	受付日 年 月 日
-------	-----------