

研修会等開催計画書（新規・変更）

様式6

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き研修会等を下記のとおり計画しており、貴学の発行する認定単位をご提供いただきたく研修会等開催計画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	FAX
	E-mail	
1. 研修会の名称		
2. 開催形式 (該当するものを全てを○で囲む)	対面 ・ Web (オンデマンド) ・ Web (ライブ)	
3. 形態 (いずれかを○で囲む)	座学 ・ 実習 ・ パネルディスカッション ・ 他 ()	
4. 開催日程	西暦 年 月 日	
5. 開催時間	: ~ :	
6. 開催場所 (対面形式の場合)	会場名	
	住所 〒	
7. 研修内容 (記入またはプログラム等添付)	演題:	
	講師氏名および所属:	
	講座概要 (50字以内):	
	到達目標 (30字以内): <例>〇〇の基本的な知識を身に付ける	
8. 学習分野 (入力の場合は該当を1つ残す) (手書きの場合は○で囲む)	①がん、緩和 ②循環器、消化器、呼吸器 ③代謝、内分泌疾患 (生活習慣病を含む) ④脳、神経、精神、薬物乱用、睡眠 ⑤血液、感染症、アレルギー疾患、自己免疫疾患 ⑥耳鼻咽喉、眼、皮膚、感覚器、歯科、口腔 ⑦婦人科、妊婦、授乳婦、小児、生殖医療 ⑧外科、整形外科、泌尿器科 ⑨高齢者、リハビリテーション、在宅医療 ⑩栄養、漢方 ⑪健康食品、サプリメント ⑫基礎医学・薬学 (画像診断学、病理学、免疫学、分子生物学等) ⑬その他 ()	
9. 対象者	薬剤師限定 ・ 薬剤師以外も対象とする ()	
10. 希望単位/講演時間	(単位) / (分)	
11. 申込方法/申込期間	WEBの場合は以下にURLを貼付してください。 申込期間: 西暦 年 月 日 ~ 月 日	
12. 参加費 (現地支払い)	無料 ・ 有料 (金額 円)	
※同窓会のみご記入ください。	<< 通常、1単位あたり1,000円 >>	
13. 単位取得費 (受講システムでカード決済)	同窓生のみ無料とする ・ 同窓生も通常の価格とする	
14. 参加予定者数 (会場収容人数・募集予定人数)	会場収容人数 人 ・ 主催団体としての募集予定人数 人	
主催者は、申請した研修会・学術集会の内容、実施、単位付与等に関し一切の責任を負います		了承 (○で囲む)
公開性のある研修 (全国の薬剤師が、研修開催について知り得る状態) であることを認識しています。		了承 (○で囲む)
学習内容は、特定商品の販売促進や宣伝のみの内容ではありません。		了承 (○で囲む)
主催者は、不正な単位取得に配慮し、受講者が参加時間を充足するよう監督します。		了承 (○で囲む)

《注1》連絡者欄には、本学からの問い合わせが可能な連絡者を記入してください。
 《注2》開催予定日の1カ月前までに、E-mail (shougaiyouiku@hoshi.ac.jp宛) または郵送にてご提出ください。
 《注3》変更の場合は、変更部分を赤字でご入力ください。
 《注4》研修会プログラムを添付してください。
 《注5》審査料については別紙を参照ください。

本学記入欄	受付日 年 月 日	受付番号 第 号
認証番号 ()		