

研修会等実施報告書

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下記のとおり実施しましたので、研修会等実施報告書を提出いたします。

研修会等実施機関 (主催者)	名 称
	代表者名
連 絡 者 《注1》	フリガナ 氏 名
1. 受付番号 《注2》	
2. 研修会の名称	
3. 開催日程	西暦 年 月 日
4. 参加者数	合計 _____人 うち、認定単位希望者数 約 _____人
5. その他連絡事項（任意）	

《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》開催後、原則1週間以内に、E-mail（shougaikyouiku@hoshi.ac.jp宛）にてご提出ください。

本学記入欄	受付日 年 月 日
-------	--