

集合研修会等開催計画申請・変更様式

(西暦) 年 月 日

星薬科大学学長殿

集合研修会等開催計画書 (新規・変更)

貴学の薬剤師認定制度に基づき研修会・講演会等下記のとおり計画しており、貴学の発行する認定単位シールをご提供いただきたく研修会開催計画書を提出いたします。

研修会実施機関	名 称					機関印	
	代表者名						
連絡者(シール等送付先) (注)	フリガナ 氏 名						
	住 所 〒						
	TEL				FAX		
	E-mail						
1. 研修会の名称							
2. 研修会開催日時							
3. 研修会開催場所 (都道府県名を付けること)	会場名						
	住 所 〒						
4. 単位シール請求枚数	0.5単位	枚	2単位	枚	受講予定者数	名	
	1単位	枚	3単位	枚			
5. 研修会演題 (プログラム等添付)							
6. 受講料・参加料 有・無 (料金を徴収する場合の額) 円							
7. 参加申込等連絡先							
8. 研修会の公開・非公開 公開 ・ 非公開 (○で囲む)							
9. 申請した研修会の内容および実施に関する責任は研修会実施機関が負う 了承 (○で囲む)							

(注)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。

本学記入欄	受付日	年	月	日	受付番号	第	号
認証番号()							