

集合研修会等中止報告書

(西暦) 年 月 日

星薬科大学学長殿

研修会実施機関	名称 機関印
	代表者氏名:
連絡者	ふりがな 氏名
	〒 住所
	TEL FAX
	E-Mail

年 月 日で申請しました認定共催研修会開催計画書に基づく研修会を中止しましたので、認定単位シールを返却いたします。

1.研修会の名称				
2.研修会開催日(期間)				
3.開催時間				
4.研修会開催場所	会場名			
	〒 住所			
	TEL			
5.受付番号	第 号			
6.中止理由				
7.認定単位シール返却状況				
シール単位数	0.5単位	1単位	2単位	3単位
受取枚数	枚	枚	枚	枚
使用枚数	枚	枚	枚	枚
返却枚数	枚	枚	枚	枚

(注1)上記報告書は、必ず研修会開催予定日より2週間以内に提出してください。

(注2)上記報告書と共に、認定単位シールを提出してください。