

年 月 日

公益社団法人福岡県薬剤師会

会長 原 口 亨 殿

申請者氏名	印
生 年 月 日	年 月 日
薬剤師免許番号	
現 住 所 〒	
連絡先電話番号	(勤務先・自宅)
勤 務 先	

## 【インターネット (e-ラーニング) 用】受講単位報告書

実施要綱1の(1)に基づき、次のとおり研修を受講しましたので報告します。

実施機関 (主催者名)			
受講年月	年 月分	受講単位累計	単位
研修会内容	研修課題名※略式や、「…等」で記載して構いません。 ※受講シールの明細が分かるものの添付可。添付の場合、記載不要。		
受講シール貼付欄			
受付番号・月日	* 年 月 日	*第	号

- (注) 1. この報告書は、インターネット研修のみで月毎に記入すること。  
2. 受講年月は各実施機関指定の記載日の年月を記入すること。  
3. 受講シールは受講シール貼付欄に貼付し、提出すること。  
4. \*は記入しないこと。  
5. 実施機関から受講シールが届き次第、速やかに送付すること。  
6. 日本薬剤師研修センター発行以外の受講シールは研修カードでの管理ができません。  
研修手帳に貼付ください。