

平成 年 月 日

公益社団法人福岡県薬剤師会

会長 藤野哲朗 殿

申請者氏名

印

生 年 月 日 大正・昭和・平成 年 月 日

薬剤師免許番号

現 住 所

電 話 番 号

勤 務 先

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。

研 修 会 名 称		研修会開催日時	
研修会開催住所			
研修会開催会場		受 講 単 位	
研 修 会 内 容	研修内容：演題、研修時間、講演者名		
備 考			
受付番号・月日	*平成 年 月 日	*第	号

- (注) 1. この報告書は、研修会毎に記入すること。
2. 受講シールの場合は備考欄に貼付し、受講証明書の場合は原本を添えて提出すること。
3. *は記入しないこと。
4. 研修会終了後、1ヶ月以内に送付すること。