

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。