

平成 年 月 日

公益財団法人 日本薬剤師研修センター 理事長 殿

| | |
|----------------|---|
| <p>研修会実施機関</p> | <p>名称： 機関印</p> <p>代表者氏名：</p> |
| <p>担当者</p> | <p>氏名：</p> <p>電話番号：</p> |

認定実務実習指導薬剤師養成講習会 終了報告書

以下のとおり報告いたします。

| | |
|-------------------|---|
| <p>1. 研修会種別</p> | <p>2. 講習会</p> |
| <p>2. 研修会名称</p> | |
| <p>3. 開催日(期間)</p> | |
| <p>4. 研修会受理番号</p> | |
| <p>5. 参加者人数</p> | <p>実際に受講証を交付した人数を記載</p> <p>講座① 名</p> <p>講座② 名</p> <p>講座③ 名</p> <p>講座④ 名</p> |