

公益財団法人 日本薬剤師研修センター 理事長 殿

研修会実施機関	名 称										機関印
	代表者氏名										
	実施機関コード				-			-			
連絡者	ふりがな										
	氏 名										
	電話番号										

集合・実習研修会終了報告書

平成 年 月 日付で申請致しました研修会開催計画書に基づく研修会が次のとおり終了致しましたので、実施要領7の（4）に基づき報告致します。

1. 研修会の名称											
2. 研修会開催日(期間)											
3. 研修センター受理番号											
4. 研修会参加人数	名 (薬剤師参加人数) 名)										
5. シール使用状況											
シール単位数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	講師用
受取枚数											
使用枚数											
返却枚数											

※本研修会内容に相当する下記項目全てに、□内にレ印をして下さい。

<input type="checkbox"/> 調剤	<input type="checkbox"/> 製剤	<input type="checkbox"/> 処方解析	<input type="checkbox"/> 副作用
<input type="checkbox"/> 相互作用	<input type="checkbox"/> 医療一般	<input type="checkbox"/> セルフメディケーション	<input type="checkbox"/> リスクマネジメント
<input type="checkbox"/> DI・情報	<input type="checkbox"/> 新薬情報	<input type="checkbox"/> 薬剤管理指導業務	<input type="checkbox"/> コミュニケーション技術
<input type="checkbox"/> 医薬品管理	<input type="checkbox"/> 医薬品試験	<input type="checkbox"/> 在宅医療	<input type="checkbox"/> 医療保険・介護保険制度
<input type="checkbox"/> 業務関連の法規	<input type="checkbox"/> 薬事行政・医療行政	<input type="checkbox"/> プライマリケア	<input type="checkbox"/> 漢方薬・生薬
<input type="checkbox"/> 東洋医学	<input type="checkbox"/> 公衆衛生	<input type="checkbox"/> 薬理学	<input type="checkbox"/> 薬理学を除く基礎薬学
<input type="checkbox"/> 医薬品開発・流通	<input type="checkbox"/> 倫理	<input type="checkbox"/> 小児医療一般	<input type="checkbox"/> 学校保健教育
<input type="checkbox"/> その他			

- (注) 1. 必ず研修会終了後2週間以内に残余の研修受講シールと共に提出すること。  
 2. シールが不足した場合は、様式第5号「研修会変更計画書」を必ず添付すること。  
 3. 用紙の大きさは日本工業規格A4とする。