

西暦 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>(西暦記載)</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>