様式第16（実施要領２の（１）関係）

年　　月　　日

公益財団法人 日本薬剤師研修センター　理事長殿

集合・実習研修会実施機関登録等申請書

実施細則１の（３）に基づき、研修・実習研修会実施機関として認めていただきたく、別添の資料とともに申請致します。

項　　目	内　　容
申請内容	あてはまる申請内容を〇で囲んでください。 １．新規登録　２．登録内容変更　３．登録更新　４．登録削除
実施機関名称	正式名称を記入のこと。(今後当センター宛の提出書類の処理に利用します) 機 関 印
実施機関コード	登録内容の変更または登録削除の場合にのみ必ずご記入ください。 □□□－□□□－□□□□
代表者氏名	
事務所連絡先	〒　　都道府県 (Tel:　　－　　－　　) (fax:　　－　　－　　) (e-mail:　　)
団体種別	下記のいずれの団体に属するかを〇で囲み、必要事項をご記入ください。 １．日本薬剤師会 ２．日本病院薬剤師会 ３．日本学校薬剤師会 ４．日本女性薬剤師会 ５．日本製薬団体連合会 ６．日本医薬品卸勤務薬剤師会 ７．大学・薬友会・同窓会 ８．学会 ９．公益・一般法人等・協同組合 １０．国公私立医療機関・大学附属等医療機関 １１．任意団体（会則・会員名簿・実績の資料を添付し提出のこと） １２．特別賛助会員

※なお、以下の点にご注意ください。

- 新規登録申請の場合は、必ず郵送にて申請（ＦＡＸ不可)。
- 登録変更申請の場合は、変更した項目を〇で囲んだ上でご記入ください。

（注）１．用紙の大きさは日本工業規格Ａ４とする。