単位（日本老年薬学会）発行申請書

20　　　年　　　月　　　日

一般社団法人　日本老年薬学会　代表理事 殿

|  |  |
| --- | --- |
| 研修会等実施  機関 | 機関印  名称 |
| 代表者氏名 |
| 担当者  (各種資料等送付先) | ふりがな  氏　名 |
| 住　所　〒　　　　　－ |
| 電話番号 |
| メールアドレス |

下記の通り研修会を計画しておりますので、申請致します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請内容 | 1．新規　　　　2．変更（変更箇所のみ記入してください） | | | | | |
| 研修会名 |  | | | | | |
| 開催日(期間) |  | | | 開催時間 | | ：　　　　～　　　　： |
| 開催場所 | 会場名 | | | | | |
| 住　所　〒　　　　－ | | | | | |
| 開催形式 | 1．対面形式＊　　2．対面＋オンライン形式（ハイブリッド）＊　　3.オンライン形式 | | | | | |
| 共催・後援 |  | | | | | |
| 日本薬剤師研修センターの受講シールの配布 | | | | 1. あり（　　　　単位）　　　2. なし | | |
| 日本病院薬剤師会認定研修単位シールの配布 | | | | 1. あり（　　　　単位）　　　2. なし | | |
| 該当する老年薬学認定薬剤師制度カリキュラムの項目に◯をつけてください | | | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10 | | | |
| 受講予定者 | 名 | ＊ＱＲコードリーダー借用の希望（開催形式1又は2の場合） | | | 希望する　　　希望しない | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務局記入欄 | 受付日 | 年　　　月　　　日 | 受付番号 |  |