

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	名称	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 80px; margin: 0 auto;">機 関 印</div>
	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	
--------	-----	-------------	------	--