平成　　年　　月　　日

一般社団法人　薬剤師あゆみの会　御中

受　講　証　明　書　請　求　書（自主学習用）

自主学習について受講証明書を請求致します。

1.自主学習の内容	
2.自主学習の時間	年　　月　　日　　時間　　分
3.申請単位数(0.5 単位/時間)	単位
4.学　習　成　果	学習した内容を現場で何にどう活かしたか、250～400 文字程度にまとめて下記に記載、または別紙に添付ください。

＜受講証明書を請求するにあたってのご注意＞

① 自主学習単位の取得上限は 2 単位/年とします。

② 返信用封筒(返信先宛先、82 円切手貼付)を同封してご請求ください。成果内容精査の上、約一週間で受講証明書を郵送します。

請求先住所：〒530-0001　大阪市北区梅田 1-3-1　大阪駅前第 1 ﾋﾞﾙ 4 階 1-109 号

一般社団法人　薬剤師あゆみの会　「受講証明書請求」係

申請者氏名	ふりがな 氏名　　印	連絡先メールアドレス @
所　属(○で囲む)	法人会員（法人名：　　）・個人賛助会員　・一般個別受講者	
ユーザーID	U－　　(ユーザーＩＤをお持ちでない場合は請求できません)	
住　所	〒	

事務局記入欄	受付日	年　月　日	認定単位数	単位