　　　年　　月　　日

（社）薬剤師あゆみの会　御中

　　　　　　　　　　　　　　　　　　研修会主催者：　　　　　　　　　　　　　　印

**（２）後援研修会終了報告書**

　　年　　月　　日付で申請致しました「(1)後援研修会単位認定申請書」に基づく

研修会が次のとおり終了しましたので報告致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 1.研修会の名称 |  |
| 2.開催日（期間） |  |
| 3.認定単位 | 単位 |
| 4.研修会参加薬剤師総数 | 名 |
| 5.受講証明書請求薬剤師数 | 名 |

本研修会内容に相当する下記項目全てに、□内にレ印をして下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □調剤 | □製剤 | □処方解析 | □副作用 |
| □相互作用 | □医療一般 | □ｾﾙﾌﾒﾃﾞｨｹｰｼｮﾝ | □ﾘｽｸﾏﾈｰｼﾞﾒﾝﾄ |
| □DI・情報 | □新薬情報 | □薬剤管理指導業務 | □ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ技術 |
| □医薬品管理 | □医薬品試験 | □在宅医療 | □医療保険・介護保険制度 |
| □業務関連の法規 | □薬事行政・医療行政 | □ﾌﾟﾗｲﾏﾘｹｱ | □漢方薬・生薬 |
| □東洋医学 | □環境衛生 | □薬理学 | □薬理学を除く基礎薬学 |
| □医薬品開発 | □その他 | □指導薬剤師研修 |

研修会終了後1週間以内に「(2)後援研修会終了報告書」および「(3)受講証明書請求薬剤師名簿」を本会あてご送付ください。

「(3)受講証明書請求薬剤師名簿」は研修会主催者作成名簿で代えることができます。

なお、受講証明書を事前に主催者宛一括送付した場合、残余分は併せて返却ください。

個人宛郵送の場合は「(3)受講証明書請求薬剤師名簿」に沿って本会より郵送します。

**一般社団法人　薬剤師あゆみの会**

〒530-0001 大阪市北区梅田1-3-1　大阪駅前第1ビル4階1-109号

<TEL:06-6136-5340> FAX:06-6136-5341 e-mail：[info@ph-ayumi.org](mailto:info@ph-ayumi.org)