年　　月　　日

（社）薬剤師あゆみの会　御中

　研修会主催者：　　　　　　　　　　　　　　　　 印

ご住所：

tel：　　　　　　　　e-mail：

**（１）後援研修会単位認定申請書**

研修会を計画しましたので、概要を添付の上、貴会の後援認定を申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 1.研修会の名称 |  |
| 2.開催日(期間) |  | 3.開催時間 | 　 ：　～　： |
| 4.認定単位数 ※1) | 　　　　　　　　　　単位 |
| 5.開催場所 | 会場名： |
| 住所：〒 |
| 6.公開・非公開の別 ※2) | 公開・非公開　(○で囲む) |
| 7.参加申込等問合せ先(公開時) |  (TEL) (担当) |
| 8.定　　　員 | 　　　　　　　　人 |
| 9.参　加　費 | 　　　　　　　　円 |
| 10.受講証明書送付方法※3)(①または②を選択ください) | ☑ | ①事前に主催者宛一括送付（　　）枚〈100枚以上50枚単位〉 |
| ☑ | ②事後に個人宛送付 |

研修会概要添付の上、研修会開催4週間前までにご提出ください。

※1)　認定単位は、研修会45分間を0.5単位として下さい。

※2)　公開時には、薬剤師あゆみの会ＨＰ上に掲載いたします。（掲載不要時は御連絡下さい。）

※3)　後援申請手数料、受講証明書発行手数料につきましては、後日請求書を送付いたします。

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

・後援申請手数料:3,000円(税別)

・受講証明書発行手数料①主催者宛一括の場合100枚10,000円、以降50枚毎5,000円(税別)

②個人宛郵送の場合500円／枚(税込・郵送料込)

**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