

平成 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)	<input checked="" type="checkbox"/>	①事前に主催者宛一括送付 ( ) 枚 (100枚以上 50枚単位)	
	<input checked="" type="checkbox"/>	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