

年 月 日

(社) 薬剤師あゆみの会 御中

研修会主催者： \_\_\_\_\_ 印

ご住所： \_\_\_\_\_

## 後援研修会単位認定申請書

以下の通り計画しましたので、貴会の後援認定を申請いたします。

1. 研修会等の名称			
2. 開催日(期間)		3. 開催時間	: ~ :
4. 申請単位数 ※1)	単位		
5. 開催場所 ※2)	会場名:		
・同時配信の有・無	住所: 〒		
6. 参加申込等問合せ先	(TEL)	(担当者名)	
	(e-mail)		
7. 定 員	人		
8. 参 加 費	円		

研修会案内状、演者のスライド等を添付の上、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、1日4単位、2日6単位、3日以上は9単位を上限とします。

※2) オンライン研修会の場合は、会場名に「オンライン研修会」とご記載ください。

研修会の同時配信の場合は、配信先会場についても全てご記載ください。

尚、本紙に書ききれない場合は、別紙にて添付してください。

### その他、ご留意頂きたい事項

・後援申請手数料につきましては、ご申請承認後に請求書を送付いたします。

後援申請手数料:3,000円(税別)

・研修会終了後1週間以内に「後援研修会終了報告書」および「受講者名簿」(薬剤師名簿登録番号の記載が必須)を本会宛ご送付ください。

### 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

事務局記入欄	受付日	年 月 日	認定	単位	
--------	-----	-------	----	----	--