

_____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