　　　年　　月　　日

一般社団法人　薬剤師あゆみの会　御中

**新人薬剤師オンライン研修会　受講証明書請求書（講座⑥）**

研修会に参加しましたので、受講証明書を請求致します。(研修会終了後2週間以内に提出下さい)

|  |  |
| --- | --- |
| 研修会の名称 | 地域包括ケアにおける薬局・薬剤師の役割 |
| 講師氏名 | 理事長 狭間研至 |
| 研修会開催日日時 | 2020年5月24日14：30～15：50 |
| 研修時間 | 80分 |
| 研修成果 | 250～500文字程度にまとめて下記に記載、または別紙に添付ください。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者氏名 | ふりがな  氏名　　　　　　　　　　　　　印 | 連絡先メールアドレス  　　　　　　　　　　＠ |
| 所　属(○で囲む) | 法人会員（法人名：　　　　　　　　　　　　　　　　）・個人会員・一般受講者 | |
| ユーザーID | U－ (IDをお持ちの方のみご記入ください) | |
| 薬剤師名簿登録番号 |  | |
| 住　所 | 〒 | |

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

**＜受講証明書を請求するにあたってのご注意＞**

「受講証明書請求書」は、研修会終了後2週間以内に、

返信用封筒（返信先宛先、84円切手貼付）を同封して下記宛ご請求ください。

研修成果内容精査の上、約1週間で受講証明書を郵送いたします。

〒530-0001

大阪市北区梅田1-3-1　大阪駅前第1ﾋﾞﾙ4階1-109号

一般社団法人　薬剤師あゆみの会

「受講証明書請求」係