

研修会実施計画書(新規・変更)

石川県薬剤師研修センター
 認定薬剤師研修制度委員会
 委員長 殿

研修会を以下のように計画しています。認定薬剤師研修制度実施規程第6条(1)に基づき、実施計画書を提出し、研修単位シールの交付を請求します。

| | | | |
|----------|------------|--------|---------|
| 研修会実施機関 | 名 称 | | 機 関 番 号 |
| | 代表者 氏 名 | 印 | |
| 担当者(連絡者) | 氏 名 | | |
| 連 絡 先 | 住 所 | 〒 ー | |
| 連絡先電話番号 | | FAX 番号 | |

※ 変更の場合は、変更部分のみ記入してください。

| | | | | | | | |
|----|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------|-------|--------------|------|
| 1 | 研修会の種類 | (○付け) 1. 集合研修 2. 実習研修 3. グループ研修 | | | | | |
| 2 | 研修会の名称 | | | | | | |
| 3 | 開催日時 | 年 月 日 : ~ : (時間) | | | | | |
| 4 | 会 場 | 施設名 と住所 | 施設名() 〒 ー | | | | |
| 5 | 形 式 | (○付け) 1. 公 開 2. 非公開(会員のみ 事前の受講登録者) | | | | | |
| 6 | 受 講 料 | 1. 無 料 2. 有 料(金額) | | | | | |
| 7 | 受講予定者数 | 薬剤師 名(全参加者 名) | | | | 講師数 (薬剤師) | 名 |
| 8 | 研修単位シール 請求枚数 | 1 単 位 | 2 単 位 | 3 単 位 | 4 単 位 | 講師用 (1単位) | 合計枚数 |
| | | 枚 | 枚 | 枚 | 枚 | 枚 | 枚 |
| 9 | 申請手数料 納 入 | 申請手数料は、本計画書の提出と同時に納入(直接又は振込)してください 【振込先】 ゆうちょ銀行(郵便局) 口座名:石川県薬剤師研修センター 口座番号:00750-4-57816 | | | | | |
| 10 | 添 付 書 類 | <input type="checkbox"/> 開催案内の文書(リーフレット等: 演題名や講師名が記されたもの) | | | | | |
| 11 | 開催予告公開 | ホームページ公開(1. 希望する 2. 希望しない) その他() | | | | | |
| | | ☆ 開催リーフレットや受講申込書を電子データで提出すれば、HPに掲載します | | | | | |

| | | | |
|------------|-----|-------|---------|
| 事務局 記入欄 | 受理日 | 年 月 日 | 研修会識別番号 |
| | 担当者 | | |