

平成 年 月 日

埼玉県病院薬剤師会 生涯研修センター長 殿

申請者氏名	ふりがな 氏名：	性別 印 (○で囲む)	1. 男性 2. 女性
生年月日	S H 年 月 日		
薬剤師名簿登録番号			
受理書等送付先	〒		
連絡先電話番号	(自宅・勤務先)		

受講単位請求書

実施要領8に基づき、受講単位を請求致します。

1. 研修会の名称 及び実施機関	
2. 講師氏名・所属	
3. 目的・課題・教材名	
4. 研修日(期間)	年 月 日～ 年 月 日
5. 研修時間(合計)	時間 分
6. 請求単位	単位(整数で請求し、端数は切り捨てる)
7. 添付資料	①プログラムまたはポスターの写し ②出席を証明するもの(名札、名簿、修了証、参加費領収証などの写し)
8. 研修成果	400字程度にまとめて受講単位請求書に添付する。 内容は研修でどのようなことを学び、理解したかということが重要で感想文は不可とする。なお、様式は自由。

※本研修会内容に相当する下記項目全てに□内にレ印をして下さい。

<input type="checkbox"/> 調剤	<input type="checkbox"/> 製剤	<input type="checkbox"/> 処方解析	<input type="checkbox"/> 副作用
<input type="checkbox"/> 相互作用	<input type="checkbox"/> 医療一般	<input type="checkbox"/> セルフメディケーション	<input type="checkbox"/> リスクマネジメント
<input type="checkbox"/> DI・情報	<input type="checkbox"/> 医薬情報	<input type="checkbox"/> 薬剤管理指導業務	<input type="checkbox"/> コミュニケーション技術
<input type="checkbox"/> 医薬品管理	<input type="checkbox"/> 医薬品試験	<input type="checkbox"/> 在宅医療	<input type="checkbox"/> 医療保険・介護保険制度
<input type="checkbox"/> 業務関連の法規	<input type="checkbox"/> 薬事行政・医療行政	<input type="checkbox"/> プライマリケア	<input type="checkbox"/> 漢方薬・生薬
<input type="checkbox"/> 東洋医学	<input type="checkbox"/> 公衆衛生	<input type="checkbox"/> 薬理学	<input type="checkbox"/> 薬理学を除く基礎薬学
<input type="checkbox"/> 医薬品開発・流通	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 実務実習指導薬剤師養成(アイウエオ)	

(注) 4、用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。

センター記入欄	受付日：
	単位数： 単位
	受理番号：