

(西暦) 年 月 日

明治薬科大学 学長 殿

研 修 会 実 施 機 関	名 称 : 機関印
	代表者氏名 :
連 絡 者	ふりがな 氏名 :
	〒 住所 :
	TEL・FAX :
	E-Mail :

認定共催研修会実施報告書

(西暦) 年 月 日で申請しました認定共催研修会開催計画書に基づく研修会を次のとおり実施しましたので、認定共催研修会実施報告書を提出いたします。

1. 研修会の名称			
2. 研修会開催日 (期間)			
3. 開催時間			
4. 研修会開催場所	会場名 :		
	〒 住所 : TEL :		
5. 受付番号	第 号		
6. 研修会参加人数	名		
	薬剤師参加人数 : 名		
7. 認定単位シール使用状況			
シール単位数	1 単位	2 単位	講師用 (単位数)
受取枚数	枚	枚	枚 (単位)
使用枚数	枚	枚	枚 (単位)
返却枚数	枚	枚	枚 (単位)

(注 1) 上記報告書は、必ず研修会終了後 2 週間以内に郵送にて提出すること。

(注 2) 上記報告書とともに、認定単位シール付与者名簿を紙媒体と電子媒体の 2 種類にて、残余の認定単位シールとともに郵送にて提出すること。