様式１

（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 （参加申込等連絡先、 認定単位シール送付先）	ふりがな 氏名：
	〒 住所：
	TEL・FAX：
	E-Mail：

認定共催研修会（新規・変更）開催計画書

認定共催研修会を以下の通り計画していますので、認定共催研修会開催計画書を提出致します。

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. 研修会演題 （プログラムと研修内容文書添付要）		
6. 受講予定者数		
7. 認定単位シール請求枚数	１単位（90 分）：　　枚	２単位：(180 分)　　枚
	講師用（１単位）：　　枚	講師用（２単位）：　　枚
8. 本研修会の内容及び実施に関しては、研修会実施機関が責任を負うものである：　了承　（○で囲む）		

(注) この認定共催研修会開催計画書とともに、プログラムと研修内容を簡潔に記した文書（日本工業規格 A4）を添付し、開催予定日の３ヶ月前までに郵送にて提出すること。

変更事項記入欄 (変更がある場合のみ記入)	変更内容（番号を○で囲む）：　１・２・３・４・５・６・７・８
	受付番号（受付済の場合）：　第　　号

(注) 変更事項記入欄は変更がある場合のみ記入。受付番号は、当該の「研修会開催計画書の受理書」に記載された受付番号を記載すること。変更開催計画書は開催予定日の３週間前までに郵送にて提出すること。

明治薬科大学記入欄	受付日：　　年　　月　　日	受付番号：第　　号