

## 単位シール(日本老年薬学会)発行申請書

20    年    月    日

一般社団法人 日本老年薬学会 代表理事 殿

研修会等実施 機関	名称	機 関 印
	代表者氏名	
担当者 (シール等送付先)	ふりがな 氏 名	
	住 所 〒            ー	
	電話番号	
	メールアドレス	

下記の通り研修会を計画しておりますので、申請致します。

申請内容	1. 新規      2. 変更(変更箇所のみ記入してください)			
研修会名				
開催日(期間)		開催時間	:    ~    :	
開催場所	会場名			
	住 所 〒            ー			
共催・後援				
日本薬剤師研修センターの受講シールの配布	1. あり(    単位)    2. なし			
日本病院薬剤師会認定研修単位シールの配布	1. あり(    単位)    2. なし			
該当する老年薬学認定薬剤師制度カリキュラムの項目に○をつけてください	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10			
受講予定者	名	単位シール請求枚数	1 単位	枚
			2 単位	枚
			単位	枚

事務局記入欄	受付日	年    月    日	受付番号	
--------	-----	-------------	------	--