

実技実習等受講申請書

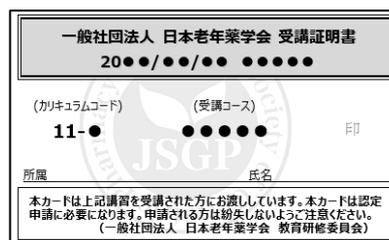
氏名：	生年月日：西暦 年 月 日
ご所属：	会員番号：

老年薬学認定薬剤師制度施行細則 第 19 条及び第 20 条に基づき、受講済み実技実習項目を報告します。
4 年度以内（申請年度を除く）に受講したものが申請に有効です。

内容	項目数（記入してください）	コード（記入してください）
本会発行受講証明書	項目	
出席証明書	項目	
実務従事証明書	項目	
合計	3 項目	（記入例） 11-A、11-O2

※3 項目は全て異なるコードである必要があります。

○本学会が発行した受講証明書を下記に貼付してください。



実技受講証明書貼付