

日本大学薬学部 薬剤師教育センター 殿

研修会等実施機関	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：	

認定共催研修開催計画書（新規・変更）

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

1 研修会等の名称						
2 研修開催日（期間）						
3 開催時間						
4 研修会等開催場所	会場名：					
	〒					
	住所：					
	TEL：					
5 認定単位シール請求枚数	1 単位：	枚	2 単位：	枚	3 単位：	枚
	4 単位：	枚		講師用（1 単位）	枚	
6 研修会等の演題 (プログラムと研修内容文書添付要)						
7 参加申込等連絡先	(TEL)				(担当)	
	(E-mail)					
8 本研修の内容及び実施に関しては、研修会等実施機関が責任を負うものである：	了承（○で囲む）					
9 本学共催希望の有無	有 ・ 無（いずれかを○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。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。

日本大学薬学部記入欄	受付日：	年 月 日	受付番号：	第 号
------------	------	-------	-------	-----