

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
------------	------------	----------