

様式第 2 号

神戸薬科大学エクステンションセンター長 殿

健康食品領域研修受講単位交付申請書 (研修会参加)

提出日：西暦 年 月 日

申請者氏名	ふりがな 氏 名		(印)	性 別 ○で囲む	1. 男 2. 女
生年月日	西 暦		年	月	日
薬剤師名簿 登録番号	第 号	研修認定薬剤師 認定番号	第 号	健康食品領域研 修認定薬剤師 認定番号	第 HF 号
受理通知書 等送付先	〒				
TEL・FAX	TEL :		FAX :		
E-mail	@				
1. 健康食品領域研修項目 (該当するものを○で囲む)	研修項目：該当大項目 I II III				
2. 実施機関の名称					
3. 演題					
4. 開催日時					
5. 研修時間 (合計)	時間				
6. 添付資料	<ul style="list-style-type: none"> ・プログラム等 ・参加を証明するもの (領収書、受講証明書等) の 2 点を同封				
7. 研修成果	感想や単なる研修課題の列記は研修成果とは認めません。研修課題毎に、そこから具体的にどのような理解が得られたのか、どのような情報を得たのか等、自分が学び取った内容を A4 用紙に 1,000 字程度で作成の上、提出すること				

センター記入欄

受付日	年 月 日	単位数	単位	受理番号	
-----	-------	-----	----	------	--