

様式第 4 号

神戸薬科大学エクステンションセンター長 殿

### 生涯研修認定薬剤師受講単位交付申請書（在宅研修）

神戸薬科大学生涯研修認定制度実施細則 1、3 及び 4 に基づき、受講単位を請求いたします。

提出日：西暦 年 月 日

|                  |  |       |             |              |    |
|------------------|--|-------|-------------|--------------|----|
| 申請者氏名            | ふりがな<br>氏 名  | (印)   | 性 別<br>○で囲む | 1. 男<br>2. 女 |    |
| 生年月日             | 西暦   | 年     | 月           | 日            |    |
| 薬剤師名簿<br>登録番号    | 第  | 号     | 認定薬剤師番号     | 第            | 号  |
| 受理通知書等<br>送付先    | 〒  |       |             |              |    |
| TEL・FAX          | TEL :  | FAX : |             |              |    |
| E-mail           | @  |       |             |              |    |
| 1. 研修内容          |  |       |             |              |    |
| 2. 研修目的          |  |       |             |              |    |
| 3. 研修課題          |  |       |             |              |    |
| 4. 研修日時・研修時間（合計） |  |       |             | 合計           | 時間 |
| 5. 添付資料          | 講座案内、プログラム等同封して下さい。  |       |             |              |    |
| 6. 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 400 字程度で作成のうえ、提出してください。 |       |             |              |    |

|         |     |   |   |   |     |    |      |  |
|---------|-----|---|---|---|-----|----|------|--|
| センター記入欄 | 受付日 | 年 | 月 | 日 | 単位数 | 単位 | 受理番号 |  |
|---------|-----|---|---|---|-----|----|------|--|