

## 受講単位認定請求・審査報告書

審査日 年 月 日

主催者施設名			
担当者名 (フリガナ)		主催者からの 申請日	年 月 日
薬剤師名簿 登録番号	第 号		

**【受講単位認定請求内容】**

研修種別	<input type="checkbox"/> (1)グループ研修 <input type="checkbox"/> (2)自己研修 <input type="checkbox"/> (3)その他：学会参加		
研修日時	年 月 日 時 分～ 年 月 日 時 分		
	合計 時間 分 ( 分) ※休憩 分除く		申請単位： 単位
研修名			
演者（指導者）・教材	講師： 研修課題：		
研修内容 研修目的 研修課題	(1)研修内容  (2)研修目的  (3)研修課題  <b>【単位発行日】</b> ：当日参加者 最大 名想定 但し、アンケート回収後、内部委員にて内容を確認し、不足・不備の有る場合は申請者へ再提出指示		
提出資料	<input type="checkbox"/> アンケート（後日提出） <input type="checkbox"/> 名簿（後日提出）		

**【内部委員会審査結果】**

審査結果	<input type="checkbox"/> 1.承認 <input type="checkbox"/> 2.修正の上で承認 <input type="checkbox"/> 3.却下 <input type="checkbox"/> 4.既承認事項を取り消し <input type="checkbox"/> 5.保留 ※グループ研修 90分 1単位とする		
上記2～5の場合、その理由			
認定単位	1単位		

**【認定評価委員】**

- 承認いたします  
 承認を却下します      理由 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

センター記入欄	受付日	年 月 日	受理番号	第 000000-000 号
---------	-----	-------	------	----------------

\* 申請者は赤枠内を記入

## 受講単位認定請求・審査報告書

審査日 年 月 日

主催者施設名			
担当者名 (フリガナ)		主催者からの 申請日	年 月 日
薬剤師名簿 登録番号	第 号		

**【受講単位認定請求内容】**

研修種別	<input checked="" type="checkbox"/> (1)グループ研修 <input type="checkbox"/> (2)自己研修 <input type="checkbox"/> (3)その他：学会参加
研修日時	年 月 日 時 分～ 年 月 日 時 分 合計 時間 分 ( 分) ※休憩 分除く <div style="text-align: right;">申請単位： 単位</div>
研修名	
演者（指導者）・教材	講師： 研修課題：
研修内容 研修目的 研修課題	(1)研修内容  (2)研修目的  (3)研修課題  <b>【単位発行日】</b> ：当日参加者 最大 名想定 但し、アンケート回収後、内部委員にて内容を確認し、不足・不備の有る場合は申請者へ再提出指示
提出資料	<input type="checkbox"/> アンケート（後日提出） <input type="checkbox"/> 名簿（後日提出）

**【内部委員会審査結果】**

審査結果	<input type="checkbox"/> 1.承認 <input type="checkbox"/> 2.修正の上で承認 <input type="checkbox"/> 3.却下 <input type="checkbox"/> 4.既承認事項を取り消し <input type="checkbox"/> 5.保留 ※グループ研修 90分 1単位とする
上記2～5の場合、その理由	
認定単位	1単位

**【認定評価委員】**

承認いたします

承認を却下します 理由 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

センター記入欄	受付日	年 月 日	受理番号	第 000000-000 号
---------	-----	-------	------	----------------