

様式 2-2

神戸薬科大学エクステンションセンター長 殿

受講単位請求書

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。

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	認定薬剤師 番号	第 号	健康食品指導 薬剤師番号	HC 号
受理通知書等 送付先	〒				
TEL・FAX	TEL :		FAX :		
E-mail	@				
1. 研修の種類	学会参加 { 認定薬剤師 健康食品指導薬剤師 }				どちらかを ○で囲む
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. 発表の有無	有 (発表したことが分かる資料を同封) ・ 無				
7. 添付資料	学会案内、プログラム等を同封				
8. 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
---------	-----	-------	-----	----	------