

様式第3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（学会発表・論文発表）

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 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
受理通知書等 送付先	〒				
TEL・FAX	TEL :	FAX :			
E-mail	@				
1. 発表の区分	{ 学会発表 論文発表 }		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	
---------	-----	-------	-----	----	------	--