

年 月 日

一般社団法人 薬剤師あゆみの会 御中

## 研修会終了報告書（研修会実施後提出用）

平成 年 月 日付で申請致しました研修会開催計画書に基づく研修会が次のとおり終了しましたので報告致します。

1.研修会の名称			
2.講師氏名・所属			
3.研修会開催日（期間）			
4.認定単位	単位		
5.研修会参加薬剤師数※	名		

本研修会内容に相当する下記項目全てに、□内にレ印をして下さい。

<input type="checkbox"/> 調剤	<input type="checkbox"/> 製剤	<input type="checkbox"/> 処方解析	<input type="checkbox"/> 副作用
<input type="checkbox"/> 相互作用	<input type="checkbox"/> 医療一般	<input type="checkbox"/> セルフメディケーション	<input type="checkbox"/> リスクマネジメント
<input type="checkbox"/> DI・情報	<input type="checkbox"/> 新薬情報	<input type="checkbox"/> 薬剤管理指導業務	<input type="checkbox"/> コミュニケーション技術
<input type="checkbox"/> 医薬品管理	<input type="checkbox"/> 医薬品試験	<input type="checkbox"/> 在宅医療	<input type="checkbox"/> 医療保険・介護保険制度
<input type="checkbox"/> 業務関連の法規	<input type="checkbox"/> 薬事行政・医療行政	<input type="checkbox"/> プライマリケア	<input type="checkbox"/> 漢方薬・生薬
<input type="checkbox"/> 東洋医学	<input type="checkbox"/> 環境衛生	<input type="checkbox"/> 薬理学	<input type="checkbox"/> 薬理学を除く基礎薬学
<input type="checkbox"/> 医薬品開発	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 指導薬剤師研修	

（注※）研修会終了後 1 週間以内に参加薬剤師名簿を添付して提出下さい。

研修会実施法人 名称： 印

ふりがな

連絡者 氏名：

電話番号：

事務局記入欄	受付日	年 月 日	認定単位数	単位
--------	-----	-------	-------	----

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

一般社団法人 薬剤師あゆみの会 御中

## 参加薬剤師名簿

研修会実施法人 :

研修会の名称 :

研修会開催日時 : 年 月 日 ( : ~ : )

講 師 名 :

参 加 人 数 : 名

氏名 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_