

認定薬剤師単位取得申請書（学会発表用）

年 月 日

(社)ソーシャルユニバーシティ 保険薬剤師生涯学習センター長殿

申請者氏名	ふりがな 氏名			印
生年月日	(西暦)	年	月	日
現住所	〒			
電話番号（携帯電話可）		FAX		
メールアドレス (携帯電話不可)				
認定薬剤師登録番号 (取得者のみ)				

生涯研修認定単位として、資料を添付し、下記を申請致します。

1. 発表学会名				
2. 開催日	(西暦)	年	月	日
3. 開催場所				
4. 主催団体名				
5. 発表演題名				
6. 添付資料	① <input type="checkbox"/> プログラムコピー <input type="checkbox"/> 抄録コピー      (どちらかにチェック)			
	② 学会参加証のコピー			