

研修認定薬剤師 認定単位申請書 (自己研修用)

年 月 日

(一般社団法人) ソーシャルユニバーシティ 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)		

資料を添付し、下記の自己研修に対する認定単位を申請いたします。

1. 自己研修内容	
2. 研修日	(西暦) 年 月 日
3. 研修時間	時間 (4時間で1単位)
4. 使用テキスト・教材名	
5. 添付資料	自己研修レポート (800字以上)

送付先

〒163-0445

東京都新宿区西新宿2-1-1 新宿三井ビルディング45階

(一般社団法人) ソーシャルユニバーシティ 薬剤師生涯学習センター 宛