

## 研修認定薬剤師 認定単位申請書 (学会発表用)

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、下記の学会発表に対する認定単位を申請いたします。

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. 発表区分	<input type="checkbox"/> 招待	<input type="checkbox"/> 一般	(どちらかにチェック)	
7. 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 学会参加証コピー			

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