

## 集合研修会終了報告書

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

研修会実施機関	ふりがな 名称			印
連絡者	ふりがな 氏名			
連絡先	〒			
電話番号 (携帯電話可)		FAX		
メールアドレス (携帯電話不可)				

研修会開催報告書に基づく研修会が終了しましたので報告します。

1. 研修会の名称	
2. 研修会開催日時	
3. 研修会開催会場	
4. 研修会受講者人数	名 (薬剤師受講者人数 名)
5. 添付書類 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 受講者名簿