　　　　年　　月　　日

（社）薬剤師あゆみの会　御中

研修会主催者：　　　　　　　　　　　　　　　 　 印

ご住所：

**後援研修会単位認定申請書**

以下の通り計画しましたので、貴会の後援認定を申請いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.研修会等の名称 |  | | |
| 2.開催日(期間) |  | 3.開催時間 | ：　～　： |
| 4.申請単位数 ※1) | 単位 | | |
| 5.開催場所　　　　 ※2)  ・同時配信の有・無 | 会場名： | | |
| 住所：〒 | | |
| 6.参加申込等問合せ先 | (TEL) (担当者名)  (e-mail) | | |
| 7.定　　　員 | 人 | | |
| 8.参　加　費 | 円 | | |

研修会案内状、演者のスライド等を添付の上、研修会開催4週間前までにご提出ください。

※1)　認定単位は、研修会45分間を0.5単位とし、1日4単位、2日6単位、3日以上は9単位を上限とします。

※2)　オンライン研修会の場合は、会場名に「オンライン研修会」とご記載ください。  
研修会の同時配信の場合は、配信先会場についても全てご記載ください。  
尚、本紙に書ききれない場合は、別紙にて添付してください。

**その他、ご留意頂きたい事項**

・後援申請手数料につきましては、ご申請承認後に請求書を送付いたします。

後援申請手数料:3,000円(税別)

・研修会終了後1週間以内に「後援研修会終了報告書」および「受講者名簿」(薬剤師名簿登録番号の  
記載が必須)を本会宛ご送付ください。

**一般社団法人　薬剤師あゆみの会**

〒530-0001 大阪市北区梅田1-3-1　大阪駅前第1ビル4階1-109号

<TEL:06-6136-5340> FAX:06-6136-5341　e-mail： [info@ph-ayumi.org](mailto:info@ph-ayumi.org)

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