

年 月 日

(社) 薬剤師あゆみの会 御中

研修会主催者：

印

## 後援研修会終了報告書

年 月 日付で申請致しました「後援研修会単位認定申請書」に基づく  
研修会等が次のとおり終了しましたので報告致します。

1. 研修会等の名称	
2. 開催日 (期間)	
3. 研修会コード	
4. 認定単位	単位
5. 研修会参加薬剤師総数	名

本研修会等の内容に相当する下記項目全てに、内にレ印をして下さい。

<input type="checkbox"/> 調剤	<input type="checkbox"/> 製剤	<input type="checkbox"/> 処方解析	<input type="checkbox"/> 副作用
<input type="checkbox"/> 相互作用	<input type="checkbox"/> 医療一般	<input type="checkbox"/> セルフメディケーション	<input type="checkbox"/> リスクマネジメント
<input type="checkbox"/> DI・情報	<input type="checkbox"/> 新薬情報	<input type="checkbox"/> 薬剤管理指導業務	<input type="checkbox"/> コミュニケーション技術
<input type="checkbox"/> 医薬品管理	<input type="checkbox"/> 医薬品試験	<input type="checkbox"/> 在宅医療	<input type="checkbox"/> 医療保険・介護保険制度
<input type="checkbox"/> 業務関連の法規	<input type="checkbox"/> 薬事行政・医療行政	<input type="checkbox"/> プライマリケア	<input type="checkbox"/> 漢方薬・生薬
<input type="checkbox"/> 東洋医学	<input type="checkbox"/> 環境衛生	<input type="checkbox"/> 薬理学	<input type="checkbox"/> 薬理学を除く基礎薬学
<input type="checkbox"/> 医薬品開発	<input type="checkbox"/> 指導薬剤師研修	<input type="checkbox"/> その他	

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

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