年　　月　　日

講習会受講証

施設名

氏　名

専門領域：

取得単位数　　　　　　　単位（　　　時間　　　分）

貴殿は、以下の講習会に参加したことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| １．講習会の名称 |  |
| ２．受理番号 |  |
| ３．開催日時 |  |
| ４．開催方法/開催場所 |  |
| ５．日病薬病院薬学認定薬剤師制度への申請 | 有　　/　　無 |

|  |  |
| --- | --- |
| 講習会実施機関 | 名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　機関印 |
| 代表者氏名　　 |

＊日病薬病院薬学認定薬剤師制度の単位が発行される講習会の場合、専門制度申請時に受講を証明する書類として、本受講証書と取得単位使用先変更証明書の添付が必要となります。

＊上記の枠内は全て実施機関が記載してください。