西暦　　　　年　　月　　日

一般社団法人　日本精神薬学会　御中

「精神薬学会認定薬剤師」認定講習会の開催計画書

　日本精神薬学会以外の団体が主催する精神科領域に関する講習会を下記の通り実施することを計画しておりますので、開催計画書を送付いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 集合研修実施機関 | 名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　機関印 |
| ＊認証コード又は実施機関コード |
| 代表者氏名 |
| 連絡者 | 氏名 |
| 住所　〒 |
| 電話番号 |
| E-mail |

|  |  |
| --- | --- |
| 集合研修の名称 |  |
| 開催日（期間） | 西暦　　　　年　　月　　日（　） |
| 開催時間 | 　　：　　～　　：　　 |
| 申請時間数（分） | 　分 |
| ワークショップ | 回数：　　　　回、　開催時間　　　　分 |
| 開催場所 | 会場名：（住所：） |
| 受講予定者数 |  |

【注意事項】

・　プログラム（講習会等の演題名、演者、講演時間等が明示されたもの）を添付してください。

・　ＦＡＸでの受け付けはいたしません。

・　メールにて事務局に提出してください。

・　印は機関印でお願いします。

・　開催計画書の送付後に、記載の内容を変更した場合は当会にご連絡ください。

* 薬剤師認定制度認証機構の認証コードを記入してください。

日本薬剤師研修センターの認証を受けている場合は、その実施機関コードを記載してください。