

(申請者→事務局→会長→事務局→所轄委員会)

提出： 年 月 日

受付： 年 月 日 (本会記載)

栃木県病院薬剤師会 会長 殿

## 主催研修会 開催申請書

申請委員会名	
申請代表者	氏名： 印 所属機関： 所在地：〒 電話番号： E-mail：

以下の事業を実施するにあたって、栃木県病院薬剤師会の主催として開催したいので申請いたします。

## 事業概要

※申請対象の事業内容を記載してください。

事業の名称	
主催団体・共催団体	
開催年月日・時間 (実質研修時間)	年 月 日( ) 時 分 ~ 時 分 時間 分(挨拶・休憩・製品紹介等の時間は除く)
会場名・所在地	<input type="checkbox"/> 現地開催 <input type="checkbox"/> WEB開催 <input type="checkbox"/> 現地開催とWEB開催の併用
受講者管理方法	<input type="checkbox"/> 確認テスト <input type="checkbox"/> 研修会レポート <input type="checkbox"/> キーワード
参加者予定数	約_____名 (内訳：病院薬剤師 _____名、薬局薬剤師_____名、その他_____名)
参加費	<input type="checkbox"/> 有料 (会員_____円、非会員_____円)、 <input type="checkbox"/> 無料
希望する研修認定制度	<input type="checkbox"/> 日病薬病院薬学認定薬剤師制度※ (領域： ) <input type="checkbox"/> 日本薬剤師研修センター生涯研修認定薬剤師制度※ <input type="checkbox"/> その他 ( )
栃病薬より拠出する人員	<input type="checkbox"/> 座長_____名：氏名 <input type="checkbox"/> 演者_____名：氏名 <input type="checkbox"/> 司会：氏名 <input type="checkbox"/> 受付_____名：氏名 <input type="checkbox"/> その他_____名：氏名 (業務内容)

&lt;留意事項&gt;

- ・ 事業開催日の45日前までにプログラム等とともに事務局に提出してください。
- ・ 人件費以外の経費負担がある場合(会場費等)、その対象と金額を別途明示してください。