

無菌調剤室共同利用のための研修講座 3 研修申請書

一般社団法人 八代薬剤師会 代表理事 殿

以下の内容で無菌調剤室共同利用のための研修講座Ⅲの受講を希望します。

所属薬局	薬局名	
	住所	
	電話番号	
	薬局開設者名	
申請者	ふりがな	
	氏名	
	メールアドレス	
	連絡先	
	研修講座Ⅰ、Ⅱ の認定条件 (該当する項目 に☑)	<input type="checkbox"/> 事前研修講座Ⅰ及びⅡ受講済
		<input type="checkbox"/> 県薬主催の無菌調剤研修会及び事前研修講座Ⅱ受講済
<input type="checkbox"/> 無菌調製実績有		
希望受講時期	<input type="checkbox"/> 1か月以内	
	<input type="checkbox"/> 3か月以内	
	<input type="checkbox"/> 半年以内	
	<input type="checkbox"/> その他	

注) 1. 事前研修講座Ⅰ及びⅡは受講証明書が必要です。

2. 県薬主催の無菌調剤研修会は出席した記録が確認できなければ受講を認めない場合もあります。

3. 申請時期によっては受講まで時間のかかる場合があります。期間は余裕をもって申請するようお願いいたします