

別紙様式 1

令和 年 月 日

研修申請書

石川県病院薬剤師会会長殿

所在地

名称

代表者氏名

下記のものを、病院業務研修に派遣したく、関係書類を添えて申請いたします。
研修にあたっては、石川県病院薬剤師会の指示に従い、研修者が研修中に知り得た個人情報などを第三者に漏らした場合、研修者本人と共に一切の責任を負うことを誓います。

記

1. 研修者職氏名
2. 研修希望期間
3. 研修内容

以上