

申請日 年 月 日  
※申請は開催日の2か月前までに行ってください

石川県病院薬剤師会 会長 殿

石川県病院薬剤師会 主催・共催・後援事業申請書

研修会名称	
開催日時	年 月 日 ( ) : ~ :
開催場所	
事業区分	石川県病薬 主催 共催 後援 (←該当をチェックしてください)
申請団体	
担当者	(氏名) (TEL) (E-mail)
石川県病院薬剤師会生涯研修制度の申請 (30 分間 : 0.25 単位) 単位 枚 石川県病院薬剤師会 HP ( <a href="http://plaza.umin.ac.jp/iby/">http://plaza.umin.ac.jp/iby/</a> ) 参照	
日本病院薬剤師会病院薬学認定薬剤師制度の申請 (45 分間 : 0.5 単位) (該当するカリキュラム ) 単位 枚 日本病院薬剤師会 HP ( <a href="http://www.jshp.or.jp/">http://www.jshp.or.jp/</a> ) 参照	
日本病院薬剤師会専門領域講習会認定の申請 (30 分間 : 0.25 単位) (該当する領域 ) 単位 枚 注 : 参加費のない研修会は申請できません 日本病院薬剤師会 HP ( <a href="https://www.jshp.or.jp/senmon/senmon.html">https://www.jshp.or.jp/senmon/senmon.html</a> ) 参照	
研修会の資金計画について (主催または共催の場合) 該当をチェックしてください ○参加費 : なし 石川県病薬 ( 円/人) 共催団体 ○会場費の負担 : 石川県病薬 共催団体 ○講師費の負担 : 石川県病薬 共催団体 ※講師費には講演料および交通費、滞在費を含む その他、特記事項 (共催時は本会担当理事名を記載すること) ( )	

※ 申請書には開催案内等を添付して下さい。

※ 受付は先着順で行ないます。主催・共催の研修会等が、既に同日に予定されている場合は、共催できないことがありますのでご了承下さい。

提出先(事務局) : 石川県済生会金沢病院薬剤部 梅下翔 ([ishibyoffice@gmail.com](mailto:ishibyoffice@gmail.com))

受付日 : 年 月 日 (石川病薬で記入)