申請日

石川県病院薬剤師会　会長 殿

※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　主催・共催・後援事業申請書

研修会名称				
開催日時	（　　）　　：　　～　　：			
開催方式	☐ 現地開催		☐ オンライン開催	
開催（配信）場所 （ハイブリッドの場合両方とも記載）				
事業区分 **（主催・共催の場合には担当理事名の記入が必須）**	石川県病薬	☐ 主催 担当理事名 （　　）	☐ 共催 担当理事名 （　　）	☐ 後援
参加人数見込	名			
申請団体				
担当者	［氏名］ ［TEL］ ［E-mail］			
石川県病薬ホームページ上「薬薬連携に関する研修会」（県薬剤師会との共有リンク）への掲載を希望します。 該当ページ　https://plaza.umin.ac.jp/iby/p_pharmacist/workshop/			☐ ※主旨と合致しない場合掲載を控えさせて頂く場合があります。	

日本病院薬剤師会病院薬学認定制度の単位申請　（45分間：0.5単位）

該当するカリキュラム 単位領域の選択は日病薬HP https://www.jshp.or.jp/education/bynintei/by-saisoku.pdfを参照のこと	単位領域	単位数	交付見込人数
			名

日本病院薬剤師会専門・認定薬剤師認定制度の単位申請（30分間：0.25単位）

該当する領域： 日病薬HP　https://www.jshp.or.jp/certified/document/koshu-1.html	単位数	単位見込人数
		名

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下さい。

○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　備考・特記事項

（　　）

※　申請書には開催案内等を添付の上、提出して下さい。

※　受付は先着順で行います。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、共催できない事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　（ishibyo.office@gmail.com）

受付日　　年　　月　　日　（石川病薬で記入）