

研修実施機関登録申請書（新規）

石川県薬剤師研修センター

認定薬剤師研修制度委員会 委員長 殿

研修会開催のため認定薬剤師研修制度実施規定を順守し、以下のとおり研修実施機関として登録を申請します。

【 研修実施機関情報 】

研修実施機関の名称	
代表者氏名（肩書）	
所在地（主たる事務所）	〒
電話番号	
メールアドレス	

【 連絡先情報 】

担当者氏名	
担当者所属先（勤務先等）	
担当者住所	〒
担当者電話番号（日中連絡のとれる）	

石川県薬剤師研修センター使用欄

ログインID	
パスワード	
機関コード	
登録年月日	

上記機関を研修実施機関として認めます。

石川県薬剤師研修センター

認定薬剤師研修制度委員会 委員長