

令和 年 月 日

香川県病院薬剤師会
会長 殿

所属 _____
氏名 _____
日病薬会員番号 _____
薬剤師名簿登録番号 _____
連絡先 TEL _____

日病薬病院薬学認定薬剤師研修 受講報告申請書

下記講座を受講したので、受講報告の申請をお願い致します。

講座(研修会等)の名称	4月度定例研修会
開催日時	2024年4月18日(木) 18:50~20:30

研修開始時間 _____ : _____ 研修終了時間 _____ : _____

キーワード ① _____ ② _____

□HOPES 研修管理システム運用開始時期が4月中旬の為、こちらのご提出、事務局にて受講確認できた方の日病薬病院薬学認定薬剤師研修支援システムの受講報告を事務局で致します。受講履歴の確認は、HOPES 研修管理システム運用開始後となる予定です。また、会員以外の先生も研修会の受講、受講履歴確認等には会員管理システムのアカウントの取得が必要となります。進捗情報に関しましては、日本病院薬剤師会ホームページ等でご確認ください。

〒 香川県病院薬剤師会
〒761-0793
〒 香川県木田郡三木町池戸 1750-1
〒 香川大学医学部附属病院 薬剤部内
〒 電話:087-891-2431、FAX:087-891-2318
〒 URL: <http://kpsjp.jp/>
〒 Mail: byoyaku-u-m@kagawa-u.ac.jp