

共催・後援名義使用申請書

令和 年 月 日

一般社団法人 香川県薬剤師会
会長 久間 一徳 様

(申請者)

(所在地)

(代表者名)

印

研修会名	
主催者	
共催・後援 (予定)	
企画意図又は 内容の要旨 (研修センター 申請の方は300 字程度)	
対象者	
内 容	
指標目標 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 倫理 <input type="checkbox"/> 医療保険・介護保険制度 <input type="checkbox"/> 業務関連の法規 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 製剤 <input type="checkbox"/> 医療安全 <input type="checkbox"/> 医薬品情報・医療情報 <input type="checkbox"/> 薬学的管理・指導 <input type="checkbox"/> 医薬品管理 <input type="checkbox"/> コミュニケーション技術 <input type="checkbox"/> 医薬品試験 <input type="checkbox"/> 病態と疾患 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 相互作用 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 研究 <input type="checkbox"/> 健康管理 <input type="checkbox"/> 在宅医療 <input type="checkbox"/> セルフメディケーション等 <input type="checkbox"/> 漢方薬・生薬 <input type="checkbox"/> 公衆衛生 <input type="checkbox"/> 災害対策 <input type="checkbox"/> 基礎薬学 <input type="checkbox"/> 薬事行政・医療行政 <input type="checkbox"/> 医薬品開発・流通 <input type="checkbox"/> 小児医療一般 <input type="checkbox"/> 学校保健教育 <input type="checkbox"/> その他
開催期日	令和 年 月 日 () : ~ :
開催場所	
研修センター申請(予定)	不要 ・ 要 (集合研修 ・ ウェブ利用研修)
連絡先	