

抗菌化学療法指導医 地域セミナー報告書

提出日： \_\_\_\_\_

※開催申請書受付番号	※記入しないで下さい		
申請者 1.	㊟	指導医番号	F-
申請者 2.	㊟	指導医番号	F-
所属名			

以下のとおり報告いたします。

名称			
テーマ			
開催日 (開催時間)	年 月 日 ( 時～ 時)		
開催場所	会場名： 開催地：		
参加人数	医師 名、 看護師 名	薬剤師 名、 その他 名	技師 名 合計 名
参加票使用枚数	枚	参加票返却枚数	枚
用いた教育資材	ビデオ、テキスト、その他		
【抗菌薬適正使用についてどのような内容が含まれていたか、あるいはディスカッションがなされたか、具体的に記載して下さい。別紙添付も可】			
			委員長確認日

注1) 開催後1ヶ月以内に提出すること。

注2) 委員長確認をもって、5単位授与する。