

(公社)日本化学療法学会 抗菌化学療法認定薬剤師制度 認定学術集会申請書(単回申請用)

学術集会実施組織 ^{注1}	名称：
組織代表者氏名・所属	氏名： (所属)
申請者	氏名： (印) ※評議員又は当制度の認定薬剤師
連絡者	氏名： 住所：〒 勤務先・部署： TEL： E-mail：
組織発足の年月日	

学術集会および講演会開催計画

研究会の名称			
開催日 ^{注2} (開催時間)	西暦	年 月 日 (時間)
開催場所	会場名：	開催地：	
会費	円		
参加予定人数	約	名 (参加票送付枚数	枚)
集会の概略 (200字程度)：			
【必須】症例検討の概略：別紙にて具体的な内容を記載、タイトル・演者未定の場合は不可			
【必須】確認試験：申請に間に合わない場合は開催の1週間前までに試験問題(解答入り)をメールすること			
協賛(共催)会社名 ^{注3}	無・有()		

注1：実施組織の規約を添付すること

注2：開催日、場所、時間、研修内容、試験の実施を明記したプログラムを添付すること

注3：企業主催の場合は承認されない

注4：申請書は開催1か月前迄に提出のこと

受付印

事務局記載 委員会判定結果

申請 No.		
承認日： 年 月 日	症例検討概要	提出済み ・ 未着
承認の可否： 可 ・ 不可	確認試問題	提出済み ・ 未着
承認不可の理由：		