

(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(年間申請用)

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

学術集会の名称	
開催期間 ^{注2} (開催時間)	西暦 年 月 日～ 月 日 (年 回)
開催地	都道府県 都道府県 都道府県 都道府県 都道府県
会費	円
参加予定人数	1回約 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。	
【必須】確認試験：申請に間に合わない場合は各回開催の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：カリキュラム等の実施概要が未定の場合は単会申請で申請すること

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	確認試験問題	提出済み・未着	
承認不可の理由：			