様式第１号（第２条関係）

薬剤師実務受託研修申請書

令和　　年　　月　　日

熊本大学病院長　殿

財団法人日本薬剤師研修センター

代表者名

このたび貴院において下記の薬剤師を研修させたいので、申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 薬剤師実務受託研修生氏　　　名 | 性 別 | 最終学歴卒業年月日（年　齢） | 所属機関名又は会社名所属部課 | 研修期間（月　数） | 備　考 |
|  |  |  |  |  |  |