様式第２号（第３条関係）

研　　修　　許　　可　　書

令和　　年　　月　　日

財団法人日本薬剤師研修センター

代表者氏名　　　　　　　　　　　　殿

熊本大学病院長

令和　　年　　月　　日付けで申請のあった薬剤師実務受託研修について、下記のとおり許可します。

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） | 指導薬剤師の職名・氏名 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |  |