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 |
|  |  |  |  |  |  |  |