様式５

年 　　月　　日

（一社）宮城県病院薬剤師会

　会長　眞野　成康　殿

研修会　実施報告書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 団体名 |  | | |
| 事務担当者 |  | 電話連絡先 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付番号 |  | |
| 研修会名称 |  | |
| 開催年月日 |  | |
| 開催時間 | 時　　分　～　　時　　分（正味時間　　分） | |
| 研修会参加人数 | 【WEB配信】　　　　　　 　　人　(うち薬剤師　　　　人) | |
| 【集合研修】　　　　　 　　人　(うち薬剤師　　　　人) | |
| 研修会の内容  (キーワード)＊ |  |  |
|  |  |
|  |  |

**＊研修会の内容を示すキーワード3つ以上で記載してください.（WEB研修会中に掲示したキーワードではございません）**

**＊＊実施報告書は、事務局代行宛てにメールで送付願います。**