

(様式3)

平成〇〇年配置員に対する年間研修等実績

平成 年 月 日

兵庫県健康福祉部健康局薬務課長 様

配置販売業者 許可番号

住所(法人にあつては主たる事務所の所在地)

氏名(法人にあつては名称及び代表者の氏名)

印

番号	実施日	研修等内容	実施時間	実施主体 (実施場所)
				自社、他府県、協議会主催別
研 修 等 時 間 合 計				

(様式3-(2))

平成〇〇年配置員に対する年間研修等実績

平成 年 月 日

兵庫県健康福祉部健康局薬務課長 様

兵庫県医薬品配置協議会長

印

番号	実施日	研修等内容	実施時間	実施場所
研 修 等 時 間 合 計				

