

申請受付番号

日本核医学会認定薬剤師資格申請・更新制度に関する学術集会の認定申請書

日本核医学会 御中

下記学術集会を認定薬剤師申請・更新のための学術集会として認定して頂きたいと申請します。

平成 年 月 日

申請者氏名 _____ 印

資格（会長、評議員、世話人、その他）

所属機関名 _____

同住所 _____

(フリガナ) 会の名称			
開催地	・全国 ・地方 ()	協賛または後援会社 (有の場合はその会社名)	有 無
(フリガナ) 代表者氏名	連絡先住所と電話（事務局） 〒		Tel
対 象	一般薬剤師、日本核医学会会員、その他 ()		
参加人員	1) 50名以下、2) 50～100名、3) 100名以上		
規 模	全国、地方（1、2、3つ以上の都道府県）、その他		
関連学会名			
会の発足年	年		
年間開催数・時間数	年	回	時間× 日
機関誌	有（誌名	、年	回発行） 無
プログラム・抄録集	有 無	記 録	有 無

- 過去のプログラムや機関誌があれば一部添付の上提出してください（コピー可）
- 該当欄に○印をつけてください。
- *は学会で記入します。

*認定単位数