（参考様式）

**「高知家の薬剤師」研修受講記録簿**

|  |  |
| --- | --- |
| 高知家の薬局　名称 |  |
| 高知家の薬剤師　氏名 | 　　　　　　　　　印　 |

＜研修の受講歴＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年月日 | 研修名 | 備考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

うえの者は上記の研修を受講していることを証明する。

年　　月　　日

高知家の薬局の開設者

住　　所

　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

法人にあっては名称

及び代表者の氏名

＜留意事項＞

１．高知家の薬剤師は研修受講記録を作成し、原本を３年間保管すること

２．県の求めに応じて、研修受講記録を閲覧可能な状態とすること