

(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

〔法人にあっては名称
及び代表者の氏名〕

印

<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