

【別紙様式2】

## 講習、研修等の年間実施報告書

平成 年 月 日

(あて先)

滋賀県健康医療福祉部薬務感染症対策課長

配置販売業許可番号

住 所 (法人にあっては、主たる事業所の所在地)

氏 名 (法人にあっては名称及び代表者の氏名)

㊞

研修会等の実施主体 (  自社  団体・法人等に委託 (実施者名 : ) )  
研修会等実施期間 ( 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 )

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

※ 受講修了者の名簿を添付すること。

