（様式1）

平成〇〇年配置員に対する年間研修等計画

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（法人にあっては主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）

印

番号	実施日（予定）	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1-(2)）

平成〇〇年配置員に対する年間研修等計画

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（予定）	研修等内容	実施時間	実施場所等
研　修　等　時　間　合　計				

（様式2）

【研修等参加予定配置販売業者名簿】

兵庫県医薬品配置協議会用

番号	配置販売業者名	番号	配置販売業者名