

(別紙様式1)

配置員に対する年間研修等実績書

平成〇〇年1月～12月における標記研修等について、下記のとおり報告します。

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(法人にあつては主たる事務所の所在地)

氏名(法人にあつては名称及び代表者の氏名)

印

番号	実施日	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
1				
2				
3				
4				
5				
6				
研修等時間合計				

【研修等参加配置員名簿】

新配置販売業者用
No. 1

番号	氏名	研修1	研修2	研修3	研修4	研修5	研修6
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

参加の場合は○、不参加の場合は×を記入する