（別紙4）

西暦　　年　　月　　日

公益社団法人日本薬学会　御中

住　　　　所

称号又は名称

代　 表 　者（体制の責任者を兼ねる必要はない）印

第三者確認届出書（変更）

下記の関係書類を添えて、「健康サポート薬局に係る研修実施要綱について(2016年2月12日薬生発0212第8号）」に基づき、日本薬学会薬学教育委員会第三者確認委員会に確認を申請します。

記

１．本研修に関する実施要領

２．第三者確認結果通知の写し

３．手数料振込書（写し）

４．その他

申請責任者名：（窓口になる人）

電　話：

FAX　：

E-mail：

注意事項

1. 変更確認は、直近に第三者確認を受けた時点から次回更新確認時までに、軽微な変更※を除き、やむを得ず研修実施上、確認が必要な場合について扱うものであること。

※　軽微な変更とは、例えば誤字、脱字、体裁整備等を指す。参加資格の変更、プログラム内容の変更、記載内容の変更等については、軽微な変更には含まれない。不明な場合は、都度、委員会へ問合わせること。

1. 1．については、変更しようとする項目、内容、変更理由等を所定の書式（変更内容等一覧（様式1））に記載したものを変更確認申請時に提出すること。