（別紙1）

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（新規）申請書

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の一部改正ついて（2024年3月26日薬発0326 第3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．技能習得型研修に係る研修プログラムとその概要

３．知識習得型研修に係る教材

４．自己点検報告書（別紙1-別添）

５．チェックリスト（別紙3）

６．講師経歴書

７．手数料振込書（写し）

申請責任者名：（窓口になる人）

電 話：

FAX ：

E-mail：

＊下記の欄は記入しないでください

|  |  |
| --- | --- |
| 受  付  印 |  |
| 受付  No. |  |

（注意事項）

１．実施要領は、チェックリスト（別紙3）の項目順に具体的にわかりやすく記載してください。

２．実施体制における組織構成等については、図式化したものを添付してください。

３．研修講師の選定については、講師の経歴や実績を確認するためのフォーマットを添付してください。

４．講師経歴書の様式は問いませんが、通し番号、講師名、所属、職歴および研修等の活動歴、担当する研修（知識習得型研修、技能習得型研修Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）、技能習得型研修Ⅲを担当する場合は担当都道府県を含めてください。

５．書類に不備がないかを確認の上、申請してください。

６．申請後は、いかなる理由があっても申請料は返還いたしません。