（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（変更）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．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、事務手数料、テキストの更新等を指す。参加資格の変更、プログラム内容の変更、記載内容・箇所の変更、研修本体に影響する内容等については、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。

2）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。