別記様式

外部研修実施機関届出書

　　年　　月　　日

　群馬県健康福祉部薬務課長　様

（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

住所　〒

（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

氏名

「登録販売者の資質の向上のための外部研修に関するガイドライン」（平成24年3月26日付け薬食総発0326第１号）に基づき、実施する外部研修の概要を下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 外部研修実施機関 | | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 研修実施責任者 | | 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 研修実績 | | |  |
| 研修の専門性・客観性・公平性の確保の方法 | | |  |
| 研修実施方法、実績等の情報の公開 | | | （公開内容）  （公開方法） |
| 研修の形式 | | | 集合研修　　　　　　　　　時間（年間）  遠隔・通信講座　　　　　　時間（年間）  （遠隔・通信講座の方法） |
| 研修の内容 | | | （内容）  （教材） |
| 研修の実施頻度 | | |  |
| 研修の修了認定の方法 | | |  |
| 研修実施情報の記録・保存 | | | （保存方法）  （保存期間） |
| 研修に関する問い合わせ先 | 部署等 | |  |
| 電話番号 | |  |
| 電子メールアドレス | |  |
| ホームページアドレス | | |  |
| 備考 | | |  |

※添付書類確認欄

（インターネットにより一般に閲覧が可能な場合は、ホームページアドレスを記載すること。）

|  |  |
| --- | --- |
| 外部研修実施要領 |  |
| カリキュラム |  |
| 研修講師の所属、氏名及び略歴 |  |

※記入上の注意

・欄が不足する場合は別紙とすること。

・本様式の内容を具備しているときは、任意様式によることができる。