**e－ラーニング取得単位 制度訂正申請書**

　私はe-ラーニングで取得した単位について誤って異なる制度に確定しましたので、以下の通り、訂正を申請します。なお、申請に当たり今回訂正する単位は日本病院薬剤師会の他の制度に使用しておりません。

※申請は必ず受講者本人が、e-ラーニングで登録しているアドレスから行ってください。

（チェックする場合は□を■に変更してください）

|  |  |
| --- | --- |
| 申請年月日 | 西暦　　 年　　 月　　 日 |
| e－ラーニング受講番号 |  | 日本病院薬剤師会(□会員、□非会員) |
| ふりがな |  |
| 受講者氏名 | 　　　　 （名字と名前は１文字空け） |
| e-ラーニング登録電子メールアドレス | 　 |
| 連絡はメールで行いますが、メールが届かない場合の連絡先として、可能な範囲で以下をご記入ください。 |
| 連絡先電話番号 | TEL 　　　　　　　　　　 （□勤務先、□自宅、□携帯） |
| 連絡先が勤務先の場合勤務先名・所属 |  |

【訂正する講演】（1行に１講演を記載。チェックは□を■に変更。）

※１講演につき訂正は１回です。一度訂正した場合、再度訂正する（元に戻す）ことはできません。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | セミナー番号（Sem○○○） | タイトル | 現在確定の制度(■)と単位数 | 訂正を希望する制度■（単位数は各制度に合わせた単位となります） |
| 1 |  |  | □病院薬学□生涯研修□専門薬剤師　 単位 | □病院薬学認定薬剤師□生涯研修(単年度)□専門薬剤師 |
| 2 |  |  | □病院薬学□生涯研修□専門薬剤師　 単位 | □病院薬学認定薬剤師□生涯研修(単年度)□専門薬剤師 |
| 3 |  |  | □病院薬学□生涯研修□専門薬剤師　 単位 | □病院薬学認定薬剤師□生涯研修(単年度)□専門薬剤師 |
| 4 |  |  | □病院薬学□生涯研修□専門薬剤師　 単位 | □病院薬学認定薬剤師□生涯研修(単年度)□専門薬剤師 |
| 5 |  |  | □病院薬学□生涯研修□専門薬剤師　 単位 | □病院薬学認定薬剤師□生涯研修(単年度)□専門薬剤師 |

*以下、事務局使用欄*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *受付番号* | *申請受付日* | *訂正依頼日* | *訂正登録日* | *訂正送信日* |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | セミナー番号（Sem○○○） | タイトル | 現在確定の制度(■)と単位数 | 訂正を希望する制度■（単位数は各制度に合わせた単位となります） |
| 6 |  |  | □病院薬学□生涯研修□専門薬剤師　 単位 | □病院薬学認定薬剤師□生涯研修(単年度)□専門薬剤師 |
| 7 |  |  | □病院薬学□生涯研修□専門薬剤師　 単位 | □病院薬学認定薬剤師□生涯研修(単年度)□専門薬剤師 |
| 8 |  |  | □病院薬学□生涯研修□専門薬剤師　 単位 | □病院薬学認定薬剤師□生涯研修(単年度)□専門薬剤師 |
| 9 |  |  | □病院薬学□生涯研修□専門薬剤師　 単位 | □病院薬学認定薬剤師□生涯研修(単年度)□専門薬剤師 |
| 10 |  |  | □病院薬学□生涯研修□専門薬剤師　 単位 | □病院薬学認定薬剤師□生涯研修(単年度)□専門薬剤師 |
| 11 |  |  | □病院薬学□生涯研修□専門薬剤師　 単位 | □病院薬学認定薬剤師□生涯研修(単年度)□専門薬剤師 |
| 12 |  |  | □病院薬学□生涯研修□専門薬剤師　 単位 | □病院薬学認定薬剤師□生涯研修(単年度)□専門薬剤師 |
| 13 |  |  | □病院薬学□生涯研修□専門薬剤師　 単位 | □病院薬学認定薬剤師□生涯研修(単年度)□専門薬剤師 |
| 14 |  |  | □病院薬学□生涯研修□専門薬剤師　 単位 | □病院薬学認定薬剤師□生涯研修(単年度)□専門薬剤師 |
| 15 |  |  | □病院薬学□生涯研修□専門薬剤師　 単位 | □病院薬学認定薬剤師□生涯研修(単年度)□専門薬剤師 |
| 16 |  |  | □病院薬学□生涯研修□専門薬剤師　 単位 | □病院薬学認定薬剤師□生涯研修(単年度)□専門薬剤師 |
| 17 |  |  | □病院薬学□生涯研修□専門薬剤師　 単位 | □病院薬学認定薬剤師□生涯研修(単年度)□専門薬剤師 |
| 18 |  |  | □病院薬学□生涯研修□専門薬剤師　 単位 | □病院薬学認定薬剤師□生涯研修(単年度)□専門薬剤師 |

*以下、事務局使用欄*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *受付番号* | *申請受付日* | *訂正依頼日* | *訂正登録日* | *訂正送信日* |
|  |  |  |  |  |