

公益社団法人神奈川県薬剤師会生涯学習認定制度

実習活動証明書

次の者は、地域への啓発活動として実習活動に従事したことを証明します

氏 名

住 所

薬剤師名簿登録番号

活 動 内 容

活 動 期 間 令和 年 月 日～ 月 日

(時間 : ～ :)

参加人数

令和 年 月 日

団体名

代表者

印