

PS 分類は「地域保健」と記載願います。

月 日

研 修 年 区 分	1 年 目 ・ 2 年 目 ・ 3 年 目 ・ 4 年 目	PS 分 類	地域保健
受 講 年 月 日	〇〇年 〇〇月 〇〇日（地域保健活動に参画した年月日を記載願います。）		
研 修 種 別	倫理研修会 学会（学術大会・学術集会を含） 研修会 講習会 実習研修 自己研修（e ラーニング含む） 学術論文掲（ ）		
研 修 主 催 者 名	地域保健活動の主催者名を記載願います。 神奈川県薬剤師会・（共催 地域薬剤師会） ・ その他（ ）		
開 催 場 所	地域保健活動を実施した場所を記載願います。例）〇〇〇〇広場		
時 間	地域保健活動に参画した時間を記載願います。 〇〇時 〇〇分 ～ 〇〇時 〇〇分 （ 〇 ） 時間		
研 修 課 題 名（講演者）	地域保健活動の名称を記載願います。例）市民祭りでの健康測定		
研 修 内 容	地域保健活動の内容を記載願います。 例）祭り来場者の健康測定やお薬相談を実施		
自 己 評 価 （目的・学習成果について250文字以内で記入してください。）	目的： 地域保健活動に参画した目的を記載願います。 学習成果： 地域保健活動に参画したことで得られた成果等を記載願います。		
受講シール貼付欄 （証明書の場合は添付してください）		取 得 単 位 累 計	

地域保健活動では、生涯学習記録に
実習活動証明書を添えて提出願います。

