|  |
| --- |
| 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 |