|  |
| --- |
| 　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 |