# 薬学生 同行研修 依頼書・連絡票

（FAX 茶屋町薬局　06-6359-8618）

【依頼人】　申込日　　　年　　月　　日

| | |
|---|---|
| 薬局名・病院名 | |
| 指導薬剤師名 | |
| 実習生の氏名 | |
| 希望する実習<br>※いずれかに〇印 | ・学校薬剤師業務　　　・在宅関連業務<br>・その他（　　　　　　　　） |
| 希望日時<br>その他　連絡事項 | |

【担当理事】回答日　　　年　　月　　日

| | |
|---|---|
| 同行請負薬局 | |
| 担当薬剤師名 | |
| 同行研修日時 | 年　　月　　日（　　）　：　～　： |
| 集合場所<br>その他　連絡事項 | |

【請負人】領収書を作成し、当日持参。研修費受領と引き換えに、学生に渡す。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

## 領収書

　　　　　　　　　　　　　　様

但　　　　年　　月　　日学生同行研修費として

**¥2,500 -**

年　　月　　日上記正に領収しました。

薬局名

住所

担当薬剤師　　　　　　　　　印