

見本

研修修了証

《氏名》 殿

《生年月日》生

研修登録番号 第《資格番号》号

あなたはこの度、日本保険薬局協会が実施する
「調剤アシスト研修」を修了したことを証します。

《修了確認日》

研修修了確認書 有効期限

《有効期限》

一般社団法人 日本保険薬局協会

会長 南野 利久

<http://www.nippon-pa.org/>



【裏面】

- 薬局において、当協会の研修を修了した調剤アシスタント（調剤業務士）として調剤補助業務に当たる場合、当該薬局で策定している業務手順書の理解が必要です。
- 当該薬局の管理薬剤師等による業務手順書の説明、あるいは指導を受けたことについて、下記の欄に説明者（指導者）より、確認をいただいでください。なお、薬局を異動された場合、空欄に同様の署名を異動先の薬局でいただいでください。

（薬局名）

（管理薬剤師等署名）

（日付）

追記が必要な場合、以下空欄をご利用ください。

（注）

- 研修申込時に取得していただいた e ラーニングアクセス ID、パスワードは、引き続き利用可能ですので、必要に応じ、コンテンツをご確認いただくことをお勧めいたします。
- 修了証有効期限を延長する場合、有効期限内に再履修が必要となります。再履修後は、当初の有効期限日を起算日として新たな期限を設定いたしますので、ご安心ください。
- 日本保険薬局協会では、調剤業務士（調剤アシスタント）の商標登録を出願中です。研修を修了され、修了証に上記裏書きを得た方は本名称を活用することが可能になります。

日本保険薬局協会の連絡先は、下記のとおりです。
メールアドレス：chozaiassist@nippon-pa.org