

がん薬物療法認定薬剤師研修事業 認定研修施設の更新につきまして

御施設名

御所属

担当者氏名

連絡先 TEL

E-mail:

- A. 認定研修施設の更新申請を予定しており、現在準備している(____月____日までに送付の予定)。
- B. 認定研修施設の更新保留を予定しており、現在準備している(____月____日までに送付の予定)。
- C. 認定研修施設の更新申請または更新保留申請を予定していない。

差し支えない範囲で、理由をご記載ください。

お手数ですが、平成23年12月21日(水)までにご回答下さい。