

## 同行研修報告書

※研修を受講した薬剤師の方がご記入ください。

八尾市薬剤師会 行

FAX : 994-8189 もしくは E-mail : yaoyaku@ypa21.or.jp

研修を受講した薬剤師の氏名	
上記薬剤師の勤務先	
研修実施日	令和 年 月 日
研修実施場所	
指導した薬剤師の氏名	
上記薬剤師の勤務先	
対象患者情報	例) 男性, 80歳など
研修した内容について	
研修に関する感想について	