様式３

医薬品等院内説明会報告書

説明会名称 又は 対象品目	
開催日時	令和　　年　　月　　日　　（　　曜日） 時　　分　～　　時　　分
会　　場	
説明方法	□　対面　　□　WEB 研修　　□　DVD 等 □　その他（　　）
講　　師	□　あり【講師名（所属等）:　　】 □　なし
対 象 者 （職種、部署等）	
参加人数	
飲食物の提供	□　あり【　　】 □　なし
開催担当者 *会社名 *担当者名 *連絡先等	
備　　考	

※　説明会終了後１週間以内に、様式3・参加者名簿の写しを薬剤部へ１部提出して下さい。

県立宮崎病院薬剤部