第○○○○○号

修了証

○○　○○　殿

あなたは、一般社団法人薬学教育協議会

薬学教育者ワークショップ実施委員会が定める学習成果基盤型教育（OBE）のアドバンスト

ワークショップを修了したことを証します。

名称：平成○○年度 第○回○○地区調整機構

認定実務実習指導薬剤師のための

アドバンストワークショップ

開催日：平成○○年○○月○○日（○）

場所：○○○○

平成○○年○○月○○日

一般社団法人　薬学教育協議会

病院・薬局実務実習○○地区調整機構

印

委員長　 ○○　○○