（様式１）

薬学教育評価申請書

平成　　年　　月　　日

一般社団法人　薬学教育評価機構

　　　理事長　　井　上　圭　三　　殿

大学名

代表者　　　　　　　　　　　　　　　印

貴機構の評価事業基本規則の趣旨を理解し、本学薬学部の６年制薬学教育プログラムの評価を申請いたします。