（様式１）

薬学教育評価申請書

20XX年　　月　　日

一般社団法人　薬学教育評価機構

　　　理事長　　〇　〇　〇　〇　　殿

大学名

代表者　　　　　　　　　　　　　　　印

一般社団法人薬学教育評価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。