研修修了者名簿

別添１

連番	薬局										薬剤師		
	都道府県番号	都道府県	薬局名	郵便番号	薬局所在地（市郡区以降）	電話番号	FAX番号	開局時間	時間外対応の有無	時間外の電話番号	研修を修了した薬剤師氏名	薬剤師名簿登録番号	研修修了年月日