平成30年度　技能習得型研修受講申込書

申込日　平成３０年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| １．　 |  |
| ２．薬剤師名簿登録番号 |  |
| ３．会員区分該当するものを○で囲んでください | 会　員　　・　　非会員 |
| ４．勤務先名称 |  |
| ５．勤務先所在地 | 〒TEL　　　　　　　　　　FAX |
| ６．自宅住所 | 〒TEL　　　　　　　　　　FAX |
| ７．連絡（送付）先　　該当するものを○で囲んでください。 | 勤務先　　・　　自宅 |
| ８．受講希望研修該当するものに○印をつけてください |  | ９月２日（日）　　　研修会A　「健康サポートのための多職種連携研修」 |
|  | ９月２日（日）　　　研修会B　「健康サポートのための薬剤師の対応研修」 |

・申込書に必要事項をご記入のうえ、各研修会の８月１７日（金）までに、事務局あてＦＡＸにてお申し込みください。

ＦＡＸ：０７６－４４２－３３０８

・定員になり次第、受付を終了とさせていただきます。

・申込後、受講をキャンセルされる場合は、当会事務局までご連絡ください。

　　　　　　　　　　ＴＥＬ：０７６－４３２－２５７７

・記入いただいた個人情報は、健康サポート薬局に係る研修会関連業務にのみ、

　当会及び本研修実施機関において使用いたします。