

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. 氏名 <small>ふりがな</small>		
2. 薬剤師名簿登録番号		
3. 会員区分 <small>該当するものを○で囲んでください</small>	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 <small>該当するものを○で囲んでください。</small>	勤務先 ・ 自宅	
8. 受講希望研修 <small>該当するものに○印をつけてください</small>	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。