健康サポート薬局に係る研修会申込書

（１１月１０日締切）

参加する研修会に〇印をしてください。
（２つの技能習得型研修会の参加が必須になります）

（　　）健康サポートのための多職種連携研修会

平成２９年１２月１０日（日）１３時～１７時２０分
ホテルクラウンパレス甲府　２階　鳳凰の間

（　　）健康サポートのための薬剤師の対応研修

平成３０年１月２１日（日）１３時～１８時
ホテルクラウンパレス甲府　２階　鳳凰の間

※以下については、記載不備がありますと受付出来ませんのでご留意ください。

氏名（ふりがな）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

会員区分：□　山梨県薬剤師会のＡ会員施設に属する　会員
□　上記以外

薬剤師名簿登録番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

勤務先
〒　：＿＿＿＿＿＿＿＿

名　称：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

薬局実務経験年数：＿＿＿＿年　（研修受講要件：３年、申請要件：５年）

お申し込みは、県薬事務局へＦＡＸ（０５５－２５４－３４０１）にてお願いいたします。

※　受講料はそれぞれの研修会毎に当日徴収させていただきます。
Ａ会員登録施設に属する会員：２，０００円
上記以外：５，０００円

「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の実施の目的でのみ、当会及び本研修実施機関において使用いたします」