

健康サポート薬局に係る研修会申込書

(12月25日締切)

健康サポートのための多職種連携研修会【研修会A】

令和2年1月26日(日) 13時～17時20分

山梨県薬剤師会館

※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注意ください。

ふりがな
氏名： _____

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」