

平成30年度 健康サポート薬局に係る研修 A・B研修申込書

申込日 平成30年6月 日

主催：一般社団法人 埼玉県薬剤師会
共催：公益社団法人 日本薬剤師会

- ◆受講証明書の記載事項になるので、楷書でていねいに、漏れなくご記入ください。
(□は、該当箇所にチェック✓してください)。
- ◆ご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実施の目的でのみ、
本会および本研修実施機関において使用いたします。

(フリガナ)		性 別	男 ・ 女
受講者氏名		生年月日	昭和 年 月 日 平成
緊急連絡先【個人携帯番号など】 (当日の緊急連絡先として使用します)		—	—
薬剤師名簿登録番号 (※薬剤師免許証で確認)			
<input type="checkbox"/> 埼玉県薬剤師会正会員 <i>※ 会員証必携</i> <input type="checkbox"/> 会 員 外			
お弁当 (実費負担 1,000 円) <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要			
薬 局 名			
薬局住所	〒 _____ 市 町 村 電話番号： _____ FAX 番号： _____		
受講状況の 確認(参考) ※該当項目に ○を記入して ください	平成30年7月1日現在、薬局薬剤師として4年以上の実務経験がある。 (週あたり20時間以上勤務した期間の通算)		
	知識習得型研修(e-ラーニング)を受講済み		
	健康サポート薬局として、すみやかに届出をする用意がある		

FAX 048-667-5580 締切日：平成30年6月20日(水)【必着】

(注) 申込書に不備がある場合は、受付できませんのでご注意ください。

(注) 定員になり次第締め切ります。