**別　紙**

**認定実務実習指導薬剤師更新講習会参加申込書**

**埼玉県薬剤師会事務局　行　　FAX:０４８－８２７－００６３**

【申込期限：平成29年10月20日(金)】

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 会員区分(あてはまるものに✓をつけてください) | □埼玉県薬剤師会会員□会員店舗勤務(店舗名　　　　　　　　　　　)□埼玉県病院薬剤師会会員□会員外(上記以外) |
| 認定実務実習指導薬剤師番号等 | 認定番号：認定日期限：　　　　　年　　　月　　　日 |
| 勤務先名(自宅の場合は「自宅」とご記入ください。) |  |
| 勤務先(連絡先)住所(自宅の場合は自宅の住所・電話・ＦＡＸをご記入ください。) | 〒ＴＥＬ　　　　　　　　ＦＡＸ　　　　　　　　 |

※１．当日は本用紙を受付に提出してください。

２．受講料は当日受付でのお支払いとなります。