

平成 30 年度地域医療介護総合確保基金を活用した
薬剤師復職・就業支援研修会 受講申込書

1. 氏名	(年齢： 才)
2. 連絡先	〒 TEL： FAX：
3. 受講希望	<p>座学研修： 受講する 受講しない</p> <p>希望会場：</p> <hr/> <p>実習研修： 受講する 受講しない</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>※受講を希望するものに○をつけ、実習希望日時を第3希望までご記入ください。</p> <p>①薬局実習 希望会場： 実習希望日：① ② ③ 希望時間帯：① ② ③</p> <p>①病院実習 希望会場： 実習希望日：① ② ③ 希望時間帯：① ② ③</p>
4. 託児施設 ※希望する方に○をつけてください。	<p>託児施設を： 利用する 利用しない</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>※下記にご記入をお願いします。</p> <p>◎お子様について 性別： 男 女 年齢： 才 アレルギーの有無： 有り() 無し</p>
5. 会場への交通手段	<p>※あてはまるものに○をつけてください。</p> <p>①自家用車 ②自転車 ③公共交通機関 ④その他()</p>
6. 勤務経験	<p>勤務経験のある職種に○をつけて下さい。</p> <p>①薬局 ②病院 ③製薬 ④卸 ⑤行政 ⑥その他()</p>

※研修会当日のご案内を郵送または FAX でご連絡する場合がありますのでご承知おき下さい。

申込書送付先：長野県薬剤師会事務局 fax 0263-34-0075