

令和元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 ※希望するものに○をつけ、必要事項をご記入ください。	座学研修：①受講する(DVD 貸出・資料提供) ②受講しない 実習研修： 受講する 受講しない ↓ ※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。 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 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
4. 託児施設 ※希望する方に○をつけてください。	託児施設を： 利用する 利用しない ↓ ※下記にご記入をお願いします。 ◎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
5. 会場への交通手段	※あてはまるものに○をつけてください。 ①自家用車 ②自転車 ③公共交通機関 ④その他()
6. 勤務経験	勤務経験のある職種に○をつけて下さい。 ①薬局 ②病院 ③製薬 ④卸 ⑤行政 ⑥その他()

※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。

申し込み締め切り：令和2年2月14日(金)

申込書送付先：長野県薬剤師会事務局 fax 0263-34-0075