

令和2年度健康サポート薬局研修会受講申込書

申込締切:令和3年1月15日(金)

- 薬局が所在する地域薬剤師会あてご提出下さい。
- 今年度の開催は、新型コロナウイルス感染症拡大により、定員を削減して実施することから、地域薬剤師会で受講者の調整を行います。(地域薬剤師会ごと定員を設定しています)
- 調整の結果、受講いただけない場合がございますので、予めご了承ください。

薬剤師会 御中

申込日 令和 年 月 日

下記のとおり受講申込みいたします。 ※記入漏れ・不備がある場合、受付できませんのでご注意ください。

フリガナ 1. 氏名	
2. 薬剤師名簿登録番号	
3. 会員区分 該当に○印をご記入下さい 会員の方は地域薬剤師会をご記入下さい	会員 (薬剤師会) <受講料無料> 会員外 <受講料 研修会 A・B 各 6,000 円> ※受講が確定した後、長野県薬剤師会から請求書を送付いたします。
フリガナ 4. 勤務先名	
5. 勤務先住所	〒 TEL FAX
6. 受講内容 (希望するものに○印をお付け下さい)	3月28日(日) 会場:キッセイ文化ホール(中ホール) 健康サポート薬局研修A「健康サポートのための多職種連携研修」 2月14日(日) 会場:キッセイ文化ホール(中ホール) 健康サポート薬局研修B「健康サポートのための薬剤師の対応研修」
7. 受講要件確認 (該当に○印をお付け下さい)	令和3年度内に薬局において薬剤師として5年以上の実務経験がある 令和3年度内に健康サポート薬局の届出を行う(または既に届出ている)

※更新受講の方は、専用フォームからお申込み下さい。