

(別紙)

平成 30 年度 健康サポート薬局研修会受講申込書

公益社団法人 日本薬剤師会 様
一般社団法人 長野県薬剤師会 様

申込締切:平成 30 年 4 月 25 日(水)

※締切前でも定員に達した場合は受付を終了させていただきます。
※会員の受講申込みが定員に達した場合は、会員外の受講をお断りする場合があります。

申込日 平成 30 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 6,000 円> →「10.」について必ずご記入下さい。 ※会員の受講申込みが定員に達した場合は、会員外の受講をお断りする場合があります。	
フリガナ 4. 勤務先名			
5. 勤務先住所	〒		
	TEL	FAX	
6. 自宅住所	〒		
	TEL	FAX	
7. 受講に関する連絡(送付)先 (希望に○印をお付け下さい)	勤務先 ・ 自宅		
8. 受講内容 (希望するものに○印をお付け下さい)		5 月 13 日(日) 会場:長野県薬剤師会医薬品総合研究センター 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」	
		6 月 3 日(日) 会場:長野県薬剤師会医薬品総合研究センター 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」	
9. 受講要件確認 (該当に○印をお付け下さい) ※全てに○印がない場合は、受講をお断りする場合があります。		平成 30 年度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	
		所属薬局より原則 3 名の参加を上限とする	
10. 振込金額等(会員外の方のみ) ※振込手数料はご負担下さい。 ※料振込領収書のコピーを貼付して下さい。	【会員外の方のみ】 受講料 @6,000 円× 回分 = 円 振込金額合計 円 受講料振込領収書のコピーを貼付して下さい。		

- ・申込書に必要事項を記入の上、事務局までFAXまたは郵送にて申し込みください。
- ・先着順に申込みを受け付けいたします。(会員の受講申込みが定員に達した場合は、会員外の受講をお断りする場合があります。)
- ・記入いただいた個人情報、健康サポート薬局に係る研修会関連業務においてのみ、当会及び本研修実施機関において使用いたします。

(一社)長野県薬剤師会事務局あて郵送または FAX でお申込み下さい。

【(一社)長野県薬剤師会事務局】

〒390-0802 松本市旭 2-10-15 電話 0263-34-5511 FAX 0263-34-0075