

薬剤師を活用した在宅医療推進研修会

(平成 30 年度地域医療介護総合確保基金を活用した研修事業)

参 加 申 込 書 (1 月 20 日(日)開催)

1. 会員区分 該当に○印をご記入下さい	会 員 (薬剤師会) ・ 会員外
2. 氏 名	
3. 勤務先名 (連絡先) (自宅の場合は「自宅」とご記入下さい。)	
4. 勤務先 (連絡先) 住 所 (自宅の場合は自宅の住所・ 電話・FAX をご記入下さい。)	〒 TEL FAX

※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