

平成 29 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	
2. 連 絡 先	〒 TEL : FAX :
3. 受講希望	座学研修： 受講する 受講しない 希望会場： 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()

※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