

平成 29 年度保険薬剤師研修会参加申込書
(11 月 12 日 (日) 開催)

1.氏 名		
2.会員登録いずれかに○印	①会 員（受講料無料） ②会員外（受講料 10,000 円）	
3.受講区分いずれかに○印	①実務経験直近 3 年未満の保険薬剤師 ②登録 2 年未満の管理薬剤師 ③その他	
4.受講票送付先 (希望に○印をお付け下さい)	自宅 ・ 勤務先	
5.受講票送付先住所	〒 (住所) TEL FAX	
6.勤務先名		
7.テキスト申込み 要・不要どちらかに○を付けて下さい。	調剤報酬点数表の解釈 平成 28 年 4 月版 (会員／3,300 円 会員外／3,888 円)	要 ・ 不要
	保険調剤ガイドブック 2016 年版 (会員／1,500 円 会員外／5,000 円)	要 ・ 不要
8.受講料合計 それぞれの該当金額を記入して下さい。	受 講 料 円 調剤報酬点数表の解釈 円 保険調剤ガイドブック 円 合計 円	
<u>*受講料等は、当日受付にてお支払い頂きますが、混雑が予想されますので、おつりのないようご準備下さいますようお願いいたします。</u>		

【研修会内容について聞きたいことがありましたらご記入をお願いします。】

申込書送付先：長野県薬剤師会事務局 fax 0263-34-0075