

(一社)池田市薬剤師会 研修会
会員・非会員 事前申込書
*当日はこちらの申込書を必ずご持参ください

申込期限: 2月15日(土)必着

FAX回答先: 事務局072-750-3839

申込日 令和 年 月 日

| | | | |
|----------|-------------------------|----------------|----------------|
| 研修会名 | 池田市薬剤師会研修会 | 研修会日 | 令和 2 年 3 月 1 日 |
| 所属地域薬剤師会 | 池田 ・ 豊中 ・ 吹田 ・ 箕面 ・ 非会員 | | |
| 参加者氏名 | | 薬剤師 免許番号 | |
| 薬局名 | | | |
| 勤務先電話番号 | | 府薬の薬剤師章の 有無 | 有 ・ 無 |

* 楷書でご記入ください。

* 記載もれのないようお願いします。

※非会員の先生のみ記入

| | |
|-------|--------------|
| 受理返信 | 希望する ・ 希望しない |
| FAX番号 | |

◎必ずお読みください

日本薬剤師研修センターが行う研修認定制度の適正な運用のため、令和元年7月開催の研修会より日本薬剤師会研修センター受講シール交付の際、薬剤師免許番号が必要になります。

受講時に薬剤師免許番号が分からない場合、受講シールは交付できませんので、ご留意ください。

参加者氏名・薬剤師免許番号を含む受講者名簿をの日本薬剤師研修センターに報告します。

個人情報を提供することについてご了承ください。

1. 事前申込とさせていただきます。上記にご記入いただき、FAXにてお送りください。
2. 研修会当日、必ずこのお申込書をご持参ください。
3. 研修会の申込期限までにお申込ください。
4. 申込多数の場合、お断りさせて頂くことがございます。
5. 非会員の場合、500円を徴収させていただきます。

| | | | | |
|-------|-----|----------|------|--|
| 池薬記入欄 | 受付日 | 令和 年 月 日 | 受付番号 | |
| | | | | |