

(一社) 埼玉県病院薬剤師会  
事務局 御中

2019 年度 関東地区調整機構主催

認定実務実習指導薬剤師のための

アドバンスワークショップの受講申し込み用紙

申込年月日	西暦 年 月 日
受講希望者	氏 名 (ふりがな) 性別 男 女 役職 実務経験 年 生年月日 西暦 年 月 日 (満 歳)
受講者認定実務実習 指導薬剤師認定番号	
受講希望日 受講を希望する日の 順番をつけて下さい	(第 希望) 2019 年 6 月 2 日 (日) (第 希望) 2019 年 12 月 1 日 (日) ※希望しない場合もしくは参加出来ない日は【×】を つけて下さい。
連絡先 E-Mail (本人) 携帯 (本人) 施設の TEL FAX	
病院名(病床数)	( 床)
病院所在地	〒
薬剤部門責任者名	
実習生受け入れ状況 過去人数	無 有 ( )

FAX 048-829-7952