

(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養成ワークショップ 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)
受講資格の要件 確認しチェックして下さい ※満たしていない場合、受講資格 はありません。	<input type="checkbox"/> ①実務経験：薬剤師実務経験が5年以上（6年制修了薬剤師は3年以上あれば受講できるが認定申請は、薬剤師実務経験が5年以上となってからでなければ行うことができない） <input type="checkbox"/> ②勤務状況：実務経験が継続して3年以上、かつ勤務時間数が週あたり3日かつ20時間以上している者
受講希望日 受講を希望する日に○をつけてください。	開催日 () 2019年7月14日(日)・15日(月) () 2019年9月22日(日)・23日(月) () 2020年1月12日(日)・13日(月) ※受講希望から漏れた場合には、次年度の開催もしくは急なキャンセル発生時などに受講頂きます。 その場合、こちらからご連絡させて頂き予定を伺います。
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 施設の指導薬剤師数	有 (年間 人) 無 認定実務実習指導薬剤師数 (人)

FAX 048-829-7952