認定実務実習指導薬剤師養成ワークショップ

予約登録について

会員より標記講習会参加希望が多く寄せられております。

下記の様式で事前の予約（1人につき1枚記入）を受け付けます。

ただし、現段階として講習実施参加枠はいまだ不明です。

従って、講習への参加枠が判明いたしましたら改めて予約登録の方々に順番にご連絡を差し上げます。

登録申込方法：下記から用紙をダウンロードし、記入して下さい。

その後、下記アドレスに添付で予約登録票をお送りください。

登録票送信先：E-Mail　[jimukyoku@saibyoyaku.or.jp](mailto:jimukyoku@saibyoyaku.or.jp)

　　　　 　　（一社）埼玉県病院薬剤師会　事務局　TEL・FAX　048-825-2262

　　〒330-0061　さいたま市浦和区常盤3-5-11

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（一社）埼玉県病院薬剤師会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　企画運営委員会　日比　徹

実務実習指導薬剤師養成講習会予約登録票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日 | | |
| 連絡・担当者 |  | | |
| 連絡先　E-Mail  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　（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 院内の認定実務実習  指導薬剤師数 |  | | |
| 講習会参加希望者 | 氏　　名 | 実務経験年数 | 備　　考 |

ただし、予約可能人数には限りがありますのでご了承ください