別紙

平成　　年　　月　　日

認定実務実習指導薬剤師養成講習会　申込用紙

（病院薬剤師会会員用）

※﷒希望講座に○を付けて下さい。

（　　）　講座：イ・ウ

（　　）　講座：ア・オ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | |
| 名 　前 |  | | |
| 薬剤師名簿登録番号 | 第　　　　　　　　　　号 | 実務経験年数  (受講時) | 年 |
| 区　　分 | **※□に✓して必要事項を記入してください。**  □　埼玉県病院薬剤師会会員  病院名：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　上記以外 | | |
| 参加票  送付先 | 住所：〒  宛名： | | |
| 連絡先電話番号 |  | | |

申込締切日　平成27年1月9日（金）

**※定員に達し次第締切ります**

**申込ＦＡＸ（埼玉県薬剤師会）：０４８－８２７－００６３**

〈お問い合わせ〉薬剤師会事務局　業務課

TEL 048(827)0060　FAX 048(827)0063