

平成28年度 薬剤師厚生労働省生涯教育推進事業
 高齢者・認知症を対象とする薬剤レビューワークショップ応募用紙

本用紙に必要な事項を記入の上、メールまたはファックスにてお申込下さい。

送付先 一般社団法人 上田薬剤師会 〒386-0016 長野県上田市国分994-1 FAX:0268-22-6809 E-mail:honkai@uedayaku.org

ふりがな お名前		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	(西暦) 年 月 日		
ご所属		肩書き	
所属先住所	(〒)		
電話番号		ファックス番号	
メールアドレス			
卒業大学		卒業年月	(西暦) 年 月
薬剤師免許取得年		薬剤師実務経験期間	(西暦) 年 月 ~ 年 月
宿泊希望について	前日2月10日(金): <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要		
	2月11日(日): <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要		
参加動機、本ワークショップで学んだことを将来どのように生かそうと考えているかなどを500文字程度でご記入下さい。 各項目の記入量に応じて、適宜、欄を引き伸ばしても結構です。			