

締め切り：2017年7月10日(月)

※定員になり次第締め切らせていただきます。

7月23日開催 認定実務実習指導薬剤師養成講習会 申込書

会社名			
店舗名			
氏名			
※ ¹ 連絡先住所	郵便番号(忘れずご記入ください)〒 勤務先/ご自宅(どちらかに○)		
メールアドレス		携帯電話のメールアドレス不可	
連絡先電話番号			
薬剤師勤務年数	年	ヶ月	
※ ² 申込講習会	講座名		受講講座に ○
	ア	学生の指導方法について	
	イ	薬剤師に必要な理念について	
	ウ	改訂・薬学教育モデルコア・カリキュラム	
	オ	参加型実務実習の実施方法について	

※注意事項

1: ご記入頂いたご住所に受講票を送付致しますので、必ずご本人様が郵便物を受け取ることのできる住所を御記入頂くようお願い致します。また、**勤務先、ご自宅のどちらかを○で囲んでください。**

2: 下記講座につきましては、条件を満たしている場合、免除の対象となります。
講座ア 学生の指導について : 申請の時点から過去5年以内に学生実習に携わった経験を有する場合免除
(詳細は日本薬剤師研修センターHPにてご確認ください。)

申込方法: 下記宛先に本申込書をメールまたはFAXにてお申込みください。

メールの件名は

『座学申込・○○ ○○(お申し込み者氏名)』でお願いします

宛先: (一社)日本保険薬局協会 事務局 佐藤 頼子

TEL : 03-3243-1075 FAX: **03-3243-1076**

事務局

お申込頂きありがとうございました。