

締め切り： 2017年7月10日(月)

7月23日開催 認定実務実習指導薬剤師更新講習会 申込書

会社名		
店舗名		
氏名		
※ ¹ 連絡先住所 電話番号		
メールアドレス		携帯電話のメールアドレス不可
緊急連絡先電話番号	当日連絡のとれる番号をお願いします	
認定期限	年(西暦)	月 日

※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: メールアドレスは必ず記入をお願いいたします。
- 3: ご自身の認定期限につきましては、日本薬剤師研修センターのホームページにてご確認ください。
- 4: 日本薬剤師研修センターの単位認定シールの発行はいたしません。

申込方法: 下記宛先に本申込書を添付の上、メールまたはFAXにてお申込みください。

メールの件名は

『更新申込・〇〇 〇〇(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 F A X : 03-3243-1076

事務局

お申込頂きありがとうございました。