平成30年度 **健康サポート薬局研修** 受講申込書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日　　年　　月　　日 | | | | |
| ふりがな | | 生年月日：　　　年　　月　　日 | | 性別： |
| 氏　名： | |
| 住　所：　〒　　　　－    都 道　　　　　　　　　市 区  府 県　　　　　　　　　町 村 | | | | |
| 電話番号：（自宅）　　　　－　　　　－　　　　（FAX）　　　－　　　－  　　　 （携帯）　　　　－　　　　－ | | | | |
| メールアドレス： | | | | |
| 勤 務 先： | | | | |
| （電話番号　　　　－　　　　－　　　　　） | | | | |
| 卒業大学・卒業年度： | 大学名 | | 卒業  　　　　　　　年度 | |
| 薬剤師免許取得年月日： | | | | |
| 薬局薬剤師実務経験（5年以上）実績職歴： | | | | |
| 受講料の納付  下記金額の払込受領証コピーを添付してください。  　　　受講料：21,000 円（14講座分受講料）（上田薬剤師会会員は14,000 円） | | | | |

送付先

（一社）上田薬剤師会　研修企画運営委員会

FAX0268-22-6809/E-mail　[honkai@uedayaku.org](mailto:honkai@uedayaku.org)