

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 府 県		市 区 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