

一般社団法人上田薬剤師会 健康サポート薬局研修修了証交付申請書

申請日 年 月 日

ふりがな				
氏名：	生年月日： 年 月 日		性別：	
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	—	—)	
受講者番号：				
研修修了証発行料の納付 下記金額の払込受領証コピーを添付してください。(事務局へ直接納付可)				
修了証発行料：10,000 円		【振込先】 八十二銀行 上田東支店 普通口座 792861 一般社団法人 上田薬剤師会 (シャ. ウエダヤクザイシカイ)		

薬剤師会記入欄

技能習得型研修	G-1		G-2		G-3	
知識取得型研修	T-1	T-2	T-3	T-4	T-5	T-6
	T-7	T-8	T-9	T-10	T-11	

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