

平成 28 年度厚生労働省薬剤師生涯教育推進事業参加申込書

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 府県	市区 町村
電話番号：(自宅)	—	—
(携帯)	—	—
メールアドレス：		
勤務先：		
(電話番号 — —)		
加入している薬剤師賠償責任保険名：		
卒業大学・卒業年度：	大学名	卒業年度 年
希望する研修場所：		
希望する研修内容：		
備考欄：		
※お申し込みの方は下記についてもご記入ください		
薬剤師経験年数 (年)		

*研修内容によっては、日時を指定する場合がありますので、あらかじめご了承ください。

送付先 一般社団法人上田薬剤師会 薬剤師生涯教育推進事業 FAX0268-22-6809/E-mail honkai@uedayaku.org
