

平成29年度 高齢者・認知症を対象とする薬剤レビューワークショップ応募用紙

本用紙に必要な事項を記入の上、メールまたはファックスにてお申込下さい。

(メール送信の場合、件名に「WS申込」とご記入ください)

送付先 : 一般社団法人 上田薬剤師会
〒386-0016 長野県上田市国分994-1
FAX : 0268-22-6809 / E-mail : honkai@uedayaku.org

ふりがな お名前			性別	□男 □女
生年月日	(西暦) 年 月 日			
ご所属			肩書き	
所属先住所	〒			
電話番号			ファックス番号	
メールアドレス				
卒業大学			卒業年月	(西暦) 年 月 卒
薬剤師免許取得年	(西暦) 年 月			
薬剤師実務経験期間	(西暦) 年 月 ~ 年 月			
宿泊希望について	前日 2月10日(土) : □ 不要 ・ □ 要			
	2月11日(日) : □ 不要 ・ □ 要			
参加動機、本ワークショップで学んだことを将来どのように生かそうと考えているかなどを 500 文字程度でご記入下さい。 各項目の記入量に応じて、適宜、欄を引き伸ばしても結構です。				