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