

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 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 — —)												
受講者番号：												
<p>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)</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">【振込先】</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">八十二銀行 上田東支店</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">普通口座 792861</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">一般社団法人 上田薬剤師会 (シャ. ウエタヤクザイカイ)</td> </tr> </table>					【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. ウエタヤクザイカイ)	
【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. ウエタヤクザイカイ)												

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