|  |  |
| --- | --- |
| 主催 | 公益社団法人　神奈川県病院薬剤師会 |

**病院・診療所・薬局実務者講習会**

**病院薬剤師キャリア支援研修会（申込用紙）**

必要事項をご記入のうえ

神奈川県病院薬剤師会事務局までFAXまたはメールでお送り下さい。

申込日：　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 年　齢 | 　　　　　　歳 | 性　別 | 男　・　女 |
| 連絡先 | 住所（〒　　　-　　　　） |
| 電　話 |  | 携　帯 |  |
| E-mail |  |
| 出身校 | 　　　　　大学　　　学部（　　　　年卒） |
| 受講希望施設名 | 第1希望 | [　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　] |
| 第2希望 | [　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　] |
| 第3希望 | [　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　] |
| 質問・ご要望 |  |

**申込用紙送付先**

〒235-0007　橫浜市磯子区西町14-11神奈川県総合薬事保健センター406号室

**神奈川県病院薬剤師会事務局**

**TEL: 045-761-3345（平日9時30分～17時） FAX : 045-761-3347**

**E-mail：beginner@kshpcloud.xsrv.jp**