**認定実務実習指導薬剤師養成講習会参加申込書　　　　　＜別紙＞**

　　　　（申込期間　2019年7月1日～9月13日）

※メールにファイル添付または下記内容をもれなく記載の上，お申込みください。

|  |
| --- |
| 申し込み講座（ご希望の講座に○を付けてください）１）講座①と②　　　　　　　　　２）講座③　　　　　　　　　３）講座①～③全て |
| ≪参加者≫ﾌﾘｶﾞﾅ氏名 | ≪会員番号≫（該当に〇印をつけてください）県病薬・県薬・日病薬・一般会員番号：　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ≪参加者連絡先≫TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E‐mail：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | ≪勤務先名称≫≪施設コード≫　　　　　　　－ |
| **会員証をご提示ください.**提示のない方は受講料が1500円となります.神奈川県病院薬剤師会,神奈川県薬剤師会以外の病院薬剤師会や薬剤師会に所属されている場合は，所属されている会の名称を会員番号の欄に記載してください． |

注：開催日程の変更・中止等があった場合の連絡のため,必ず連絡先のご記入をお願いいたします.

この申込書に記載された個人情報は,当研修会の受付処理以外には使用いたしません.

**申込先：昭和大学藤が丘病院　薬剤部　渡邊　徹**

**t-watanabe@cmed.showa-u.ac.jp**

**問い合わせ先：昭和大学藤が丘病院　薬剤部　　TEL　045-971-1151（代表）**