研修Ａ

**12/8健康サポートのための多職種連携研修**

**参加申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 |  | 薬剤師番号 |  |
| 携帯電話番号 |  | | |
| 所　　属 | 会員（　　 　　　　　）薬剤師会　　／　　非会員 | | |
| 勤務先名 |  | | |
| 勤務先住所 |  | | |
| 勤務先TEL |  | 勤務先FAX |  |
| 薬局における  実務経験年数 | 年（以下に経歴をご記入ください） | | |
| 実務経歴 | 年　　月　～　　年　　月　（　　　　年）  　　　　　年　　月　～　　年　　月　（　　　　年）  　　　　　年　　月　～　　年　　月　（　　　　年） | | |

※【研修B】を受講希望の場合は、【研修B】の申込書でお申込みください。

※ご記入いただいた個人情報は、健康サポート薬局に係る研修の実施目的以外では使用いたしま

せん。

※申込者が複数いる場合は、コピーしてください。

※午前の【研修Ａ】と午後の【研修Ｂ】の両方に続けて参加する方は、昼食をご持参ください。

申込期限：令和６年１１月２５日（月）

申込先：栃木県薬剤師会事務局FAX０２８－６５８－９８４７