**一般社団法人町田市薬剤師会　事務局　行　　ＦＡＸ：042-708-9182**

**《受付期間：平成31年2月１日（金）10：00　～15日（金）》**

**【健康サポート薬局に係る技能習得型研修会Ａ】**

**健康サポートのための多職種研修会　申込書**

送信日　平成31年　2　月　　　日

**（〆切：2月15日（金））**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 一般社団法人 町田市薬剤師会 | | | | |
| 会 長　 関根　克敏 | | | | |
|  | | | | |
| **※　申込書に不備がある場合、受講票や受講証明書の発行・送付ができない場合がございますのでご注意下さい。** | | | | |
| 薬局 デ ー タ | 薬 局 名 |  | | | |
| 薬局住所 | 〒　　　　－　　　　　　　 (必須) | | | |
| **最新** | | | |
|
| 電話番号 | | 直通　　℡：　　　　　　　－　　　　　　　　－ | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個　人　デ　ー　タ | フリガナ |  | | **研修会Ｂ・日薬ｅﾗｰﾆﾝｸﾞ　受講有無** | | | |
| 氏名 |  | |
| **研修会Ｂ** | | | **有・無・予定有** |
| **日薬ｅﾗｰﾆﾝｸﾞ** | | | **有・無・予定有** |
| 性　　別 | 男　・　女 | **薬剤師名簿登録番号** | | 生年月日 | 昭和 ・ 平成  年　　　月　　　日 | |
| **№** | |
| □　東京都薬剤師会の**会員以外**□　東京都薬剤師会の**会員**  （所属地区名　　　　　　　　　　　　　　会員証番号№　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 薬局において、薬剤師として５年以上の実務経験　　　　　　有　 　　・　　　無 | | | | | | |

**上記のとおり、研修を申し込みます。**