**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。**