

薬事情報センター 主管研修会 申込用紙

(FAX 送信用)

送信先	広島県薬剤師会 薬事情報センター 宛
送信先 F A X 番号	082-567-6050

研修会名	・定例研修会 ・その他研修会 ( )
研修会開催日	年 月 日
氏名	
ふりがな	
薬剤師名簿登録番号	
勤務先	
連絡先電話番号	
所属薬剤師会	広島県薬剤師会会員 ・ 広島県病院薬剤師会会員 ・いずれも非会員
必要単位 いずれか1つを選択 * 病院薬剤師会と共催の場合	1) 日本薬剤師研修センター認定 2) * 日本病院薬剤師会病院薬学認定、 及び、日病薬・広島県病薬生涯研修認定 3) 不要