申込年月日　2019年　　月　　日

E.mail：[gifubyo-moushikomi2019@googlegroups.com](mailto:gifubyo-moushikomi2019@googlegroups.com)

松波総合病院　薬剤部　松本　利恵　宛

**2019年度　新任薬剤師研修会**

**「半日・初期研修」及び「宿泊・応用研修」受講申込書**

「半日・初期研修」と「宿泊・応用研修」を下記の内容で同時に申し込みます。

注)「半日・初期研修」及び「宿泊・応用研修」を共に参加できることが申込みの条件となります。

施設名：

住　所：　(〒　　　-　　　　)

電話番号：　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号：

今後は主にE-mailで連絡致します。**パソコン**からのメールが受信できるように設定しておいてください。同一施設等で代表のE-mailで対応する場合は、①のみに記載して下さい。

（E-mailでPDFファイル等を送ることがあるので、パソコンのアドレスが望ましいです。）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講希望者氏名 | | 卒業年月  （平成○年△月） | 年齢 | 性別 | 会員  区分 | 食物  アレルギー |
| ① | フリガナ |  |  |  | 会員  ・  非会員 | 無 ・ 有 |
|  | 有の内容 |
| E-mail（必須） | | | | | |
| ② | フリガナ |  |  |  | 会員  ・  非会員 | 無 ・ 有 |
|  | 有の内容 |
| E-mail（必要時） | | | | | |
| ③ | フリガナ |  |  |  | 会員  ・  非会員 | 無 ・ 有 |
|  | 有の内容 |
| E-mail（必要時） | | | | | |
| ④ | フリガナ |  |  |  | 会員  ・  非会員 | 無 ・ 有 |
|  | 有の内容 |
| E-mail（必要時） | | | | | |

注意： 1)本書をメールされ、1週間以内にこちらから「受講申込書受領のお知らせ」メールが届かない場合には必ずご一報ください。TEL：058-388-0111　　松波総合病院　薬剤部　松本

2)会員区分：会員・・・岐阜県薬剤師会　または　岐阜県病院薬剤師会の会員