申込年月日　令和2年　　月　　日

E.mail：gifubyo-moushikomi2020@googlegroups.com

岐阜赤十字病院　薬剤部　木村 繁和　宛

**令和２年度　新任薬剤師研修会**

**「１日研修」受講申込書**

「１日研修」を下記の内容で申し込みます。

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。**PC**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ります）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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：058-231-2266　　岐阜赤十字病院　薬剤部　木村繁和

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