

F A X : 0 5 8 - 2 4 0 - 0 5 0 0

申込締切 : 1 1 月 3 0 日 (金)

薬剤師在宅医療技術研修会

参加申込票

平成 3 0 年 月 日

氏 名 : _____

勤務先 : _____

研修希望日 :

1 A 研修 (研修 I ・ 研修 II)

(第 1 希望日、第 2 希望日それぞれに○を付けてください)

どちらの日でもよい方は、両日ともに第 1 希望日へ○を付けてください)

| | 第 1 希望日 | 第 2 希望日 |
|-------------------|---------|---------|
| 1 2 月 2 3 日 (日) | | |
| 1 2 月 2 4 日 (祝・月) | | |

2 B 研修 (研修 III ・ 研修 IV)

(第 1 希望日、第 2 希望日それぞれに○を付けてください)

どちらの日でもよい方は、両日ともに第 1 希望日へ○を付けてください)

| | 第 1 希望日 | 第 2 希望日 |
|-----------------|---------|---------|
| 1 月 1 3 日 (日) | | |
| 1 月 1 4 日 (祝・月) | | |

注 : 研修 I と研修 II、研修 III と研修 IV につきましては、
それぞれ同じ日の午前と午後に受講してください。

※ 県薬記入欄 (記入しないでください)

| 受 付 日 | | |
|-------------|----------------|--|
| 受 講 日 | 研修 I ・ 研修 II | |
| | 研修 III ・ 研修 IV | |