

E. mail : gifubyo-moushikomi2018@googlegroups.com

岐阜大学医学部附属病院. 薬剤部 小森 善文 宛

平成30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 : _____ F A X 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 (平成〇年△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 : 058-230-7088 岐阜大学病院薬剤部 小森 善文

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