

一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会
生涯教育 Hands-on セミナー & プライマリ・ケア認定薬剤師研修会
「終末期医療と在宅医療を考える」(東京)

受講申込書 FAX 送信用紙

FAX 番号 03-3409-4075

宛先: プライマリ・ケア認定薬剤師短期集中研修会事務局

| | | | | | |
|---|---------------------|--------------------------|---------|---------------------|--------------------------|
| 申込月日 | 平成 年 月 日 () | | | 下記の当てはまる□に✓を入れてください | |
| 会 員 | 日本プライマリ・ケア連合学会 | <input type="checkbox"/> | 会員(会員番号 |) | <input type="checkbox"/> |
| 研修届出 | プライマリ・ケア認定薬剤師研修開始届出 | <input type="checkbox"/> | 届出済 | | <input type="checkbox"/> |
| | プライマリ・ケア認定薬剤師 | <input type="checkbox"/> | 認定済 | | <input type="checkbox"/> |
| フリガナ | | | | 2012.12.02開催 | |
| 氏 名 | | | | 薬剤師専用申込書 | |
| 所 属 | 施設名称 | 所属 | | | |
| | 郵便番号 | 〒 — | | | |
| | 住 所 | | | | |
| | 電話番号 | — | — | FAX 番号 | — — |
| ※ 受講案内(振り替用紙)・受講票等を自宅宛に郵送希望の方は、上記の所属欄を記入の上併せて下記欄もご記入ください。 | | | | | |
| 自 宅 | 郵便番号 | 〒 — | | | |
| | 住 所 | | | | |
| | 電話番号 | — | — | FAX 番号 | — — |
| 通 信 欄 | | | | | |
| 事 務 局 記 入 欄 | 受 付 | 月 | 日 | | |
| | 受講案内郵送 | 月 | 日 | | |
| | 受講料納入 | 月 | 日 | | |
| | 受講票送付 | 月 | 日 | | |
| | キャンセル | 月 | 日 | | |
| | (備考) | | | | |

※ 申込書は必ず1名様ずつ明瞭にご記入をお願いいたします。