

令和 年 月 日

神奈川県健康医療局生活衛生部
薬務課薬事指導グループ 行
ファクシミリ (045)201-9025
メールアドレス yakuan.67@pref.kanagawa.lg.jp

令和6年度病院薬剤師研修（1月31日開催）受講申込書

施設名 _____

所在地 _____

電話 () _____

連絡先担当者氏名 _____

職名	ふりがな	会員等区分 (該当するもの1つに○を記入してください。)				
	氏名	県病薬 会員 ※1	日病薬 (他県) 会員 ※2	行政 職員	薬学生	その他
		薬剤師免許番号 ※3		第 号		
		薬剤師免許番号 ※3		第 号		
		薬剤師免許番号 ※3		第 号		

※1 会員申請中若しくは入会届を持参した場合は会員として取り扱う。

※2 神奈川県以外の日病薬会員。

※3 県病薬及び日病薬の会員のみ記載。