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**

令和元年度病院薬剤師研修（３月６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つに〇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 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |

　　※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