

認定実務実習指導薬剤師養成ワークショップ

予約登録について

下記の様式で事前の予約を受け付けます。

講習が県内で行われることになりましたらすでに予約登録している方々に申し込み順で TEL またはメールにてご都合伺いを差し上げます。

申し込み前の確認事項：申し込み時、本会の会員であること。

開催 1 回につき、1 施設から 1 名の参加となる。

申込方法：埼玉病薬ホームページより下記フォーマットをダウンロードして FAX またはメールでお申し込みください。

登録申込先：E-Mail jimukyoku@saibyoyaku.or.jp

(一社) 埼玉県病院薬剤師会 事務局 TEL・FAX 048-825-2262

〒330-0061 さいたま市浦和区常盤 3-5-11

(一社) 埼玉県病院薬剤師会

企画運営委員会 日比 徹

実務実習指導薬剤師養成講習会予約登録票

申込年月日	平成 年 月 日		
連絡・担当者			
連絡先 E-Mail (本人) 携帯番号 (本人) 施設の TEL・FAX			
病院名(病床数)	(床)		
病院所在地	〒		
薬剤部門責任者名			
実習生受け入れ状況 過去人数	無 有 ()		
院内の認定実務実習 指導薬剤師数	名		
講習会参加希望者	氏 名 (ふりがな)	実務経験年数 年	備 考

ただし、予約可能人数には限りがありますのでご了承ください