

送付先：事務局 FAX (0776-27-4077)

一般社団法人日本女性薬剤師会 研修講座

平成 30 年度

— 「薬剤師継続学習通信教育講座」 申込書 —

*網掛け項目は必ずご記入ください。

ふりがな			
お名前			
薬剤師免許番号		生年月日	
勤務先	・病院・薬局（開・勤）・その他・未就業 *該当を○で囲んで下さい		
勤務先名称			
テキスト 送付先	(勤務先・自宅) *該当を○で囲んで下さい 〒 *ご勤務先の場合は、勤務先名称まで必ずご記入ください。		
連絡先	(勤務先・自宅・携帯) *該当を○で囲んで下さい ()		
FAX	(勤務先・自宅・無) *該当を○で囲んで下さい ()		
e-mail	(勤務先・自宅・無) *該当を○で囲んで下さい @		

- 受講料 16,000 円（福井県薬剤師会会員以外の方は 20,000 円）（払込日 ）
- 払込先 郵便局 口座番号:00740-0-21046 加入者名:一般社団法人福井県薬剤師会
- 問合せ 事務局 三田村（電話:0776-26-1453 e-mail:fpa-jim@fukuyaku.or.jp）