

日本女性薬剤師会  
2025 年度薬剤師継続学習通信教育講座受講 申込書

秋田県薬剤師会

必要事項をご記入の上、県薬事務局へ F A X にてお申し込みください

(FAX : 0 1 8 - 8 3 5 - 2 5 7 6)

第一次申込締切 : 2025 年 4 月 18 日 (金)

ふ り が な	
お 名 前	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
薬剤師免許番号	
秋田県薬剤師会 会 員 区 分	会 員 ・ 非 会 員 (○で囲んでください)
受 講 形 態	通 信 ・ 自 己 研 修 (○で囲んでください)
テキスト送付先	勤務先をご希望の場合は施設名もご記入ください 〒 ー ( 自 宅 ・ 勤 務 先 ) _____ _____ 施 設 名 :
連絡先電話番号	ー ー
メールアドレス	テキスト発送日やスクーリング等のご案内に使用予定です

※ 後日、秋田県薬剤師会事務局より受講料振込案内を郵送いたします。