

群馬県薬剤師会事務局 御中  
(FAX:027-223-5308)

## 健康サポート薬局のための多職種連携研修会(A)申込書

下記に必要事項をご記入の上、お申し込みください。選択肢は番号に○をつけてください。

申込日	令和 年 月 日	申込区分	新規・更新
ふりがな			
参加者氏名			
性別	男・女	生年月日	T・S・H 年 月 日
薬剤師登録番号		年齢 (※R3.2.14現在)	歳
会員非会員の別	会員・非会員	会員番号 (※7ケタ)	
薬局での区分	管理薬剤師・その他薬剤師	薬局薬剤師の 経験年数	年
勤務先名			
勤務先所在地	〒		
勤務先電話			
連絡先FAX			
携帯電話番号			
連絡先メールアドレス ※当日使用するZoomの 受講機器のアドレス	※申込後、事前確認のためご記入のメールアドレスより、本会事務局まで必ずメールを お願いします。→送信先: ksp@gunyaku.or.jp		
受領証貼付欄	<p>※受講料の振込受領証の写しを貼付してください。</p> <p>郵便振替口座番号:00530-7-57485 加入者名:一般社団法人 群馬県薬剤師会</p>		
備考			

申込み締切: 令和3年1月13日(水)

〔 収集する個人情報について「記入いただいた個人情報は、健康サポート薬局に係る  
研修会の実施の目的でのみ、当会及び本研修実施機関において使用いたします。 〕

(健A)