

≪平成29年9月3日(日)開催≫ 健康サポート薬局に係る研修

「健康サポートのための多職種連携研修会(研修会A)」及び
「健康サポートのための薬剤師の対応研修会(研修会B)」受講申込書

【申込FAX】 0852-26-5358 【申込締切】 平成29年8月25日(金) 必着

参加区分	支部 ・ 非会員
(ふりがな) 受講者氏名	
勤務先薬局名	
薬剤師名簿登録番号	
研修会申込 ※受講を希望されるものに☑	<input type="checkbox"/> 研修会A <input type="checkbox"/> 研修会B <input type="checkbox"/> 研修会A・Bとも
受講要件 (当てはまるもの全てにチェック をしてください。)	<input type="checkbox"/> すでに「健康サポート薬局」である旨を表示し得る業務体制を有する 薬局に従事している <input type="checkbox"/> 健康サポート薬局として地域住民の健康の保持増進貢献する意欲 がある <input type="checkbox"/> 薬局での5年以上の実務経験を有する ※週当たりの勤務時間数が20時間以上であった期間を通算 ※健康サポート薬局には所定の研修を修了した薬剤師が常駐する勤務体制 が必要です。
健康サポート薬局の 届出予定について	<input type="checkbox"/> 予定している (年 月 予定) <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> わからない

※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。