

≪平成29年8月6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7月28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	
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"/> 「健康サポート薬局」に関わる研修であることを理解している <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。

