

# 「薬剤師のためのフィジカルアセスメントセミナー」

## 参加申込書

|     |  |
|-----|--|
| 施設名 |  |
| 住所  |  |
| 連絡先 |  |

| ふりがな<br>氏名 | 連絡先(メールアドレス) | 参加日<br>ご希望の日に○ |               |
|------------|--------------|----------------|---------------|
|            |              | Basic          | 10月10日・10月17日 |
|            |              | Advance        | 10月31日・11月14日 |
|            |              | Basic          | 10月10日・10月17日 |
|            |              | Advance        | 10月31日・11月14日 |
|            |              | Basic          | 10月10日・10月17日 |
|            |              | Advance        | 10月31日・11月14日 |
| 備考         |              |                |               |

〈申込先〉 島根県薬剤師会事務局 FAX:0852-26-5358

### ▼内容についてのお問い合わせ

島根大学医学部附属病院 クリニカルスキルアップセンター

〒693-8501 島根県出雲市塩冶町 89-1

電話 0853(20)2551 FAX 0853(20)2601

E-Mail skill-up@med.shimane-u.ac.jp