

≪令和3年8月29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)」受講申込書

【申込FAX】 0852-26-5358 【申込締切】 令和3年8月20日(金) 必着

参加区分(○印を記入)	会 員 ・ 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	
実務経験年数(○印を記入)	5年以上 ・ 5年未満 (年 月) ※1年未満に実務経験が5年に到達する方も受講可(但し申請手続きは5年以上となってから) ※週当たりの勤務時間数が20時間以上あった期間を通算
研修会Bの受講状況 ※該当するものに☑	☐ 受講済み (受講証明書有効期限 年 月 日) ☐ 受講証明書の有効期限を過ぎたため再受講が必要 ☐ 未受講 (今後受講予定)
e-ラーニングの受講状況 ※該当するものに☑	☐ 受講済み (受講証明書有効期限 年 月 日) ☐ 受講証明書の有効期限を過ぎたため再受講が必要 ☐ 未受講 (今後受講予定)
健康サポート薬局の届出について	☐ 健康サポート薬局に勤務している ☐ 予定している (年 月 予定) ☐ 未定
地域連携薬局の届出について	☐ 予定している (年 月 予定) ☐ 未定
研修修了証の有効期限及び更新状況 ※該当するものに☑	☐ 修了証の有効期限を6年間延長(更新)するために研修会Aの受講を希望する (修了証の有効期限 年 月 日) ※ 更新のための受講は、研修修了証の有効期限の2年前以降からになります。ご注意ください。
受講要件 ※該当するものに☑	☐ 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(日薬HP参照)を有する薬局に従事している

※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。