

病院診療所薬剤師研修会申込書

①氏 名			
②会員資格	1. 日薬 2. 日病薬 3. 研修センター賛助会員 4. 非会員		
③	日本薬剤師研修センターの研修受講シールをご希望の先生は薬剤師名簿登録番号を必ずご記入下さい。	薬剤師名簿 登録番号	
④勤 務 先			
住 所			
電 話			
⑤受講票送 付先住所	〒		
⑥受 講 料	1. (会員) 7,000 円 2. (非会員) 8,000 円		
支 払 い	1. 郵便振替 2. 銀行振込		

申込用紙（コピーしてご利用下さい）

Fax : 011-831-6133（医薬情報センター）

