

実地医家のための会 + プライマリ・ケア認定薬剤師研修会

「講演と鼎談／実地医家が取り組む在宅医療」

受講申込書 FAX 送信用紙

FAX 番号 03-6838-9222

宛先: 実地医家のための会+プライマリ・ケア認定薬剤師研修会事務局

申込月日	平成 年 月 日 ()			下記の当てはまる□に✓を入れてください	
会 員	日本プライマリ・ケア連合学会			□会員(会員番号) □非会員	
	職種(具体的名称でお書きください):				
フリガナ				2016. 5. 8. 午後開催	
氏 名				他職種用申込書	
勤 務 先	施設名称	所属			
	郵便番号	〒	-		
	住 所				
	電話番号	-	-	FAX 番号	- -
自 宅	郵便番号	〒	-		
	住 所				
	電話番号	-	-	FAX 番号	- -
通 信 欄	情報交換会 : 参加・不参加 (どちらかを選択して○印を付けてください)				
事 務 局 記 入 欄	FAX 受付	月	日		
	受講者確認	月	日		
	引換票配布	月	日		
	受講証付与	月	日		
	(備考)				

※ 申込書は必ず1名様ずつ明瞭にご記入をお願いいたします。