

一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会 プライマリ・ケア認定薬剤師研修会

「家庭医療専門医と学ぶ総合力」

「ポリファーマシーを考える～事例検討と実践に役立つ知識～」

(東京 2016 年 9 月 22 日 木曜日・秋分の日)

受講申込書 FAX 送信用紙

FAX 番号 03-3409-4075

宛先:プライマリ・ケア認定薬剤師短期集中研修会事務局

|   |                                  |     |            |                         |      |
|---|----------------------------------|-----|------------|-------------------------|------|
| 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 |
| 研修届出  | プライマリ・ケア認定薬剤師研修開始届出              |     | □届出済       |                         | □未   |
| 職 種   | プライマリ・ケア認定薬剤師                    |     | □認定取得済     |                         | □未   |
|   | □薬剤師 □医師 □歯科医師 □看護師 □栄養士 □その他( ) |     |            |                         |      |
| フリガナ  |                                  |     |            | 2016. 9. 22. (木・秋分の日)開催 |      |
| 氏 名   |                                  |     |            | <b>9 月 22 日専用申込書</b>    |      |
| 所<br>属  | 施設名称                             | 所属  |            |                         |      |
|   | 郵便番号                             | 〒 - |            |                         |      |
|   | 住 所                              |     |            |                         |      |
|   | 電話番号                             | -   | -          | FAX 番号                  | - -  |
| ※ 受講案内(振り替用紙)・受講票等を自宅宛に郵送希望の方は、上記の所属欄を記入の上併せて下記欄もご記入ください。 |                                  |     |            |                         |      |
| 自<br>宅  | 郵便番号                             | 〒 - |            |                         |      |
|   | 住 所                              |     |            |                         |      |
|   | 電話番号                             | -   | -          | FAX 番号                  | - -  |
| 通<br>信<br>欄   |                                  |     |            |                         |      |
| 事<br>務<br>局<br>記<br>入<br>欄                                | 受 付                              | 月   | 日          |                         |      |
|   | 受講案内郵送                           | 月   | 日          |                         |      |
|   | 受講料納入                            | 月   | 日          |                         |      |
|   | 受講票送付                            | 月   | 日          |                         |      |
|   | キャンセル<br>(備考)                    | 月   | 日          |                         |      |

※ 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。