

佐賀県薬剤師会臨床研修（基礎コース）申込書

一般社団法人佐賀県薬剤師会会長 殿

申込日 平成 年 月 日

標記について、以下のとおり申し込みます。

申込者	開設者・法人代表者																				
	勤務先名称																				
	所在地	<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td style="width:20px;"> </td> <td style="width:20px;"> </td> <td style="width:20px;"> </td> <td style="width:20px;">-</td> <td style="width:20px;"> </td> <td style="width:20px;"> </td> <td style="width:20px;"> </td> <td style="width:20px;"> </td> <td style="width:20px;"> </td> <td style="width:20px;"> </td> <td style="width:20px;"> </td> </tr> </table> TEL () - FAX () -													-						
			-																		
代替薬剤師の希望	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない (希望する場合) 派遣希望期間： 代替薬剤師派遣の必要性：																				
研修申込の確認	以下の者が佐賀県薬剤師会臨床研修制度による研修を行うことを認めます。 (印)																				

研修希望者	ふりがな											性別											
	氏名											<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女										
	生年月日	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> H	年	月	日	携帯電話番号																
	メールアドレス	PC :																					
		携帯 :																					
	勤続年数(現薬局)	年 ヶ月																					
	薬剤師業務歴	～ 現在に至る										計 年 ヶ月											
	日薬会員番号	<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td style="width:20px;"> </td> <td style="width:20px;"> </td> <td style="width:20px;"> </td> <td style="width:20px;"> </td> <td style="width:20px;"> </td> <td style="width:20px;"> </td> <td style="width:20px;"> </td> <td style="width:20px;"> </td> <td style="width:20px;"> </td> <td style="width:20px;"> </td> <td style="width:20px;"> </td> </tr> </table>																					
自宅所在地	<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td style="width:20px;"> </td> <td style="width:20px;"> </td> <td style="width:20px;"> </td> <td style="width:20px;">-</td> <td style="width:20px;"> </td> <td style="width:20px;"> </td> <td style="width:20px;"> </td> <td style="width:20px;"> </td> <td style="width:20px;"> </td> <td style="width:20px;"> </td> <td style="width:20px;"> </td> </tr> </table> TEL () - FAX () -													-									
			-																				
病棟診療科の希望	科																						
研修期間の希望	年 月 ～ 年 月																						

※診療科及び期間については、希望に添えない場合があります。

問合せ先： 佐賀県薬剤師会 TEL 0952-23-8931 担当者 高岸
 提出先： FAX 0952-23-8941
 E-mail : info@sagayaku.or.jp

