

日本女性薬剤師会

平成 30 年度薬剤師継続学習通信教育講座受講 申込書

秋田県薬剤師会

必要事項を記載の上、秋田県薬剤師会事務局へFAXしてください
(FAX : 018-835-2576)

ふりがな	
お名前	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
薬剤師免許番号	

秋田県薬剤師会 非会員の方 は以下もご記入ください

発 送 先	発送先が勤務先の場合は施設名もご記入ください 〒 — (自宅 ・ 勤務先) _____ _____
	施設名 : _____
連絡先電話番号	— —

※ 後日、秋田県薬剤師会事務局より受講料振込案内を郵送いたします。