

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

下記に必要事項を記入し、受講料を郵便振込みの上、「払込受領証」を指定位置に貼付して、平成 30 年 3 月 26 日(月)までに事務局へ Fax 送信してください。
Fax 受信により、受講申込受理となります。(申込期限厳守)

【受講料】 京都府女性薬剤師会会員 16,000 円
会員以外の方 20,000 円

【郵便局 口座番号】 00950-8-79036 名義：京都府女性薬剤師会

【Fax 送信先】 京都府女性薬剤師会 通信教育講座 事務局 常木 雅美

Fax 075—712—5758

◆申込欄 [*印必須]

ふりがな

* お名前 * 生年月日 s. 年 月 日

* 薬剤師免許番号

* 京都府女性薬剤師会会員・非会員

* 勤務 病院・薬局 (開・勤)・その他・未就業 (○で囲んでください)

* 電話 Fax

* テキスト送付先 〒 都・道・府・県

.....
メールアドレス @

※平成 30 年度診療ガイドライン薬剤コースの受講を申し込みます。

(該当を○で囲んで下さい)

- ・通信教育で受講希望
- ・自己研修で受講希望

(参考) 平成 29 年度受講状況

- ・通信教育 (添削出した) で受講
- ・自己研修で受講
- ・受講していない

[受領証貼付欄]