

「初めてでも一通りわかる EBM」

(東京 2016 年 11 月 23 日 水曜日・勤労感謝の日)

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	<input type="checkbox"/> 会員(会員番号)		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 届出済		<input type="checkbox"/> 未	
職 種	プライマリ・ケア認定薬剤師	<input type="checkbox"/> 認定取得済		<input type="checkbox"/> 未	
	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> その他()				
フリガナ				2016. 11. 23. (水・勤労感謝の日)	
氏 名				11 月 23 日専用申込書	
所 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 宅	郵便番号	〒 —			
	住 所				
	電話番号	— —	FAX 番号	— —	
通 信 欄					
事 務 局 記 入 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	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。