令和　　年　　月　　日

香川県病院薬剤師会
会　長　殿

所属 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
（日病薬会員番号）
連絡先 TEL ＿＿＿＿＿＿＿＿

日病薬病院薬学認定薬剤師研修単位シール申請書

下記講座を受講したので認定シールの交付をお願い致します。

講座（研修会等）の名称	令和 3 年度 香川県病院薬剤師会 実務研修会：
開　催　日　時	2021 年 5 月 22 日(土) 15:00～16:40

ログイン時間　　＿＿＿:＿＿＿
ログアウト時間　　＿＿＿:＿＿＿
キーワード ① ＿＿＿＿＿＿＿＿
② ＿＿＿＿＿＿＿＿
③ ＿＿＿＿＿＿＿＿

□返信用 84 円切手または簡易書留分切手貼付・宛名記載の返信用封筒同封
なお、郵便配送事情等により認定シールが届かない場合においても再発行は致しませんのでご了承ください。（2021/5/31 必着）

香川県病院薬剤師会
〒761-0793
香川県木田郡三木町池戸 1750-1
香川大学医学部附属病院 薬剤部内
電話：087-891-2310、FAX：087-891-2432
URL： http://kpshp.jp/
Mail： byoyaku@med.kagawa-u.ac.jp