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	日本臨床薬理学会・日本薬理学会合同セッション2・連携　Ⅲ-2　1単位
開　催　日　時	令和4年7月2日（土） 15：00 ～ 16:30

ログイン時間　　＿＿＿：＿＿＿

ログアウト時間　　＿＿＿：＿＿＿

キーワード　①　＿＿＿＿＿＿＿＿

②　＿＿＿＿＿＿＿＿

③　＿＿＿＿＿＿＿＿

84円切手または簡易書留分切手貼付の返信用宛名記載の封筒に本紙（必要事項を記入）同封の上、下記宛まで単位申請下さい。

（令和4年7月7日必着）

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、ご了承のほどお願い致します。

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：087-891-2431、FAX:087-891-2318
URL： http://kpshp.jp/
Mail： byoyaku-u-m@kagawa-u.ac.jp