

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	第18回地域薬薬連携研究会
開催日時	2022年11月18日(金) 19:00~20:40

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。(2022/11/25(金) 必着、開催日の1週間後
まで)

〒 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://kpsjp.jp/>
Mail: byoyaku-u-m@kagawa-u.ac.jp