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
日本病院薬剤師会精神科薬物療法認定薬剤師
申請される方に〇をつけてください

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 75 回　精神科専門薬剤師養成セミナー 令和 5 年度 向精神薬に関する地域サポート 薬剤師育成講座 1
開　催　日　時	2023 年　6 月　23 日(金) 19:00　～　20:50

ログイン時間　＿＿＿:＿＿＿
ログアウト時間　＿＿＿:＿＿＿

【レポート】

Q1.本セミナーのご意見ご感想等ご記入ください。※単位取得に必要です。

Q2.次回の薬剤師会の内容に関しましてご興味のある内容を教えてください。
□統合失調症　□双極性障害　□うつ病　□依存症　□認知症
□その他（　　）

□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。（2023/6/30　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://kpshp.jp/
Mail：byoyaku-u-m@kagawa-u.ac.jp