

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9回西讃地区地域医療連携講演会 |
| 開催日時 | 2023年11月30日(木) 18:45~20:30 |

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。(2023/12/7 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