

令和 6 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○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 77 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	2024 年 2 月 9 日(金) 19:00 ~ 20:50

ログイン時間 _____ :

ログアウト時間 _____ :

【レポート】

Q.1 本セミナーのご意見ご感想等をご記入ください * 単位取得に必要です

Q.2 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()

【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。(2024/2/16 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://kpshe.jp/>
〒 Mail: byoyaku-u-m@kagawa-u.ac.jp