

FAX 送信用

「第9回生涯教育セミナーの申込み」

申し込まれる方の氏名・所属・免許番号（薬剤師のみ），希望シールの種類（薬剤師のみ）をご記入ください。

	ふりがな 受講者名	所属	薬剤師免許番号 (数値のみ)	研修シールの種類 (いずれかに○)
例	ながさき たろう 長崎 太郎	長国堂病院	987654321	薬剤師研修センター ○ 日本病院薬剤師会研修
①				薬剤師研修センター 日本病院薬剤師会研修
②				薬剤師研修センター 日本病院薬剤師会研修
③				薬剤師研修センター 日本病院薬剤師会研修
④				薬剤師研修センター 日本病院薬剤師会研修
⑤				薬剤師研修センター 日本病院薬剤師会研修
⑥				薬剤師研修センター 日本病院薬剤師会研修
⑦				薬剤師研修センター 日本病院薬剤師会研修
⑧				薬剤師研修センター 日本病院薬剤師会研修
⑨				薬剤師研修センター 日本病院薬剤師会研修
⑩				薬剤師研修センター 日本病院薬剤師会研修

代表者（①の方）の連絡先（メールアドレス，FAX 番号など）

例) shogaigaku@niu.ac.jp

(注意)

1. 研修会実施にあたり，氏名及び薬剤師免許番号を含む受講者名簿を「財団法人 日本薬剤師研修センター」に報告します。
2. 研修会開催にあたっては，電子化した受講者名簿を公益財団法人 日本薬剤師研修センターに提出します。その際に，薬剤師の方は薬剤師免許番号が必要です。薬剤師免許番号がなければ，研修受講シールは無効となります。
3. 薬剤師研修センターの研修シール受領者名簿に記載された個人情報，法律に基づき開示が義務づけられている等の特別の事情がない限り，本人の承諾なしに第三者に開示・提供されることはありません。