【別紙】

薬剤師のためのワクチン接種研修会　【参加申込書】

１．個人での申し込みの場合

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ご　氏　名 | ご　所　属 | 年 齢 | 　　　連絡先（電話、メール等） | 自家用車 |
| 長　崎　太　郎 | 国際薬局 | 50 | 電　話：　●●●―●●●●―●●●● | ○ |
| メール：　△△△△＠□□.▲▲.ｊｐ |
|  |  |  | 電　話： |  |
| メール： |

２．団体での申し込みの場合

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局、事業所、団体等名称 |  |
| 申込責任者（申込代表者）職・氏名 | （職名）　　　　　　　（氏名）　　　 |
| 記載責任者（申込代表者）連絡先※可能であればメールアドレスをご記入ください。 | （住所）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （TEL）　　　　　　　　-　　　　　　-　　　　　　　　　　　 （FAX）　　　　　　　　-　　　　　　-　　　　　　　　　　　　（E-mail）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |

＜参加申込者名簿＞　※記入例を参考に、参加申込者をご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ご　氏　名 | 職名等 | 年　齢 | 　　　備　考（連絡事項等） | 自家用車 |
| 長　崎　太　郎 | 薬局代表者 | 50 | 申込責任者 | ○ |
| 国　際　一　郎 | 薬局薬剤師 | 40 |  | 同乗 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※　本状における個人情報の取り扱いについては、厳正を期し、薬剤師のためのワクチン接種研修会

の円滑な運営上必要とするもののみに使用します。

**長崎国際大学　薬学事務室**

**FAX：0956-20-5622 　　E-mail：**pharm@niu.ac.jp