

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	日本臨床薬理学会・日本薬理学会合同セッション 2・ 連携 Ⅲ-2 1単位
開催日時	令和4年7月2日(土) 15:00 ~ 16:30

ログイン時間 _____ :

ログアウト時間 _____ :

キーワード ① _____

② _____

③ _____

84円切手または簡易書留分切手貼付の返信用宛名記載の封筒に本紙(必要事項を記入)同封の上、下記宛まで単位申請下さい。

(令和4年7月7日必着)

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、ご了承のほどお願い致します。

〒 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