

健康サポート薬局研修会 受講申込書

*受講規約に同意して以下のコースに申し込みます
(参加希望コースに☑)

- 修了認定取得コース (半年コース) 20,000 円
(※下記の基本テキスト 2 冊+e ラーニング付き)
- 修了認定取得コース (1 年コース) 30,000 円
(※下記の基本テキスト 2 冊+e ラーニング付き)
- ※ すでに基本テキストをお持ちの場合はお持ちのテキストにチェック下さい。
- 「未来につながる夢のある健康サポート薬局づくり」 薬事日報社
 「総合診療医が教える よくある気になるその症状 レッドフラッグサインを見逃すな!」じほう
- 単発コース 各技習得型 4H/ 5,000 円 8H/10,000 円 (テキスト代は別途)
(他の団体に修了認定をとられた方や、修了認定が不要の方が学べるように設定したコースです)
- e ラーニングコース 1 年間受講 13,200 円

氏 名: _____

所属施設名: _____

薬剤師免許番号: _____ 号 / 取得年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

現在の実務年月日: _____ 年 _____ 月 / 現在の当該勤務先での年月: _____ 年 _____ 月

かかりつけ薬剤師としての施設登録及びその記載 (該当に○) : 有 ・ 無

NPO 法人 HAP 入会状況: 会員 または 非会員 または 入会希望

郵送先 (連絡先) 郵送物配送先 (該当に○) : 所属施設 または 自宅

住所: 〒 _____

電話: _____ FAX: _____

メールアドレス: _____

<修了認定取得コース ご希望の方>
裏面の用紙に振込受領証を添付の上、本申込書と共にお送りください。

銀行名: 三菱東京 UFJ 銀行 築地支店 普通口座 1124015
口座名: 特定非営利活動法人ヘルシーエイジングプロジェクトフォーウイメン
理事長 宮原富士子

振込受領証 添付欄
(コピー可)