研修シール等送付申請書

私は、大分県病院薬剤師会開催の下記研修会をWeb受講しました。

下記研修シール等を送付いただくよう申請いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修会名 |  | |
| 開催日 | 年　　　　　月　　　　　日 | |
| 申請者氏名 |  | |
| 所属施設名 |  | |
| 送付を  希望する物 | 日病薬病院薬学認定薬剤師研修単位シール  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 連絡先 | 住 所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 連絡・メモ等 |  | |

問い合わせ先：大分県病院薬剤師会事務局（西田病院薬剤部内）

Tel&Fax：0972-22-0578　e-mail：office01@oita-shp.jp