新潟県薬剤師会　事務局　行き（送付文不要）

別紙

メール　zaitaku@niiyaku.or.jp　または　ＦＡＸ　025-281-7735

　　　　　月　　日

**無菌調剤室における実技研修　申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏　名 |  |
| 薬剤師名簿登録番号 |  |
| 会員区分 | 会員 | 会員以外 |
| 勤務先 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 修了証送付先 | 勤務先　　・　　自宅　（いずれかに〇）（自宅の場合は、以下に住所をご記入ください。）〒 |
| 受講希望 | 会場 | 新潟 | 新発田 | 長岡 |
| 日時 | 月　　　日（　　）　　　時から |
| 受講した所定の研修 | 開催期日 |

**申込み期間：受講希望日の３か月前から４週間前まで**