～健康サポート薬局のための技能習得型研修～

研修会Ａ：健康サポートのための多職種連携研修　受講申込書

（令和３年５月30日開催）

令和　　　年　　　月　　　日

　静岡県薬剤師会　御中

【健康サポート薬局の届出を予定する薬局または表示している薬局】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 薬局開設者の住所及び氏名（法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職氏名） | 住　所 | 　〒　　 |
| 氏　名 | 　 |
| 届出（予定）薬局 | 薬局名称 |  |
| 薬局所在地 | 　〒　　 |
| TEL |  | FAX |  |

【受講申込者】※該当する項目の□をクリックしてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会員区分 | [ ] 　会　員（　　　　　　　薬剤師会）[ ] 　非会員 | 薬剤師名簿登録番号 |  |
| ふりがな | 　　 | 性　別 | [ ] 　男・[ ] 　女 |
| 氏　　名 |  |
| E-mail　アドレス | 事務局からの連絡を受信するメールアドレスを記載してください。@ |
| 生年月日 | （西暦）　　　　年　　　　月　　　　日 | 年齢 | 満　　　才 |
| 実務経験 | 受講には薬局での5年以上の実務経験が必要です実務経験は、週当たりの勤務時間が20時間以上であった期間を通算してください。（実務年数　　　　　　　年　　　　　　ケ月）　 |

【受講区分】※該当する項目の□をクリックしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 受講区分 | [ ] 　新規[ ] 　日本薬剤師研修センター　研修修了証更新必須　健康サポート薬局研修修了証の番号・有効期限健康サ第　　　　　　　号　・　（西暦）　　　　年　　月　　日[ ] 　研修修了証を取得済で他県からの移動に伴う研修会Ａの受講　　　　（発行県名：　　　　　　　県、　研修修了証の写しを添付） |

※１　5月6日（木）までに静岡県薬剤師会あて直接お申込みください。

※２　受講の可否は、申込締切日以降、メールにて連絡いたします。

※３　ご提供いただいたメールアドレスは本研修以外の目的では使用しません。

※４　欠席される場合は、県薬事務局までご連絡ください。