**第20回認定実務実習指導薬剤師養成ワークショップ応募用紙**

下記に必要欄に記入の上、石川県薬剤師研修センター薬局実務実習委員会までメールの添付文書として送付してください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 平成29年　　　月　　　　　日 |
| **第20回認定実務実習指導薬剤師養成WS受講申込書** |
| 応募資格条件に合致していますので、ＷＳ受講を申し込みます。 |
| 受講希望者氏名用紙1枚に1名記入 | 連絡先など正確に記入してください |
| （ふりがな）（氏　　名） | （勤務先名称）（連絡先） |
| （実務経験）　　　　　　　　　　　年 |
| **☆ メールで応募**［石川県薬剤師研修センター］のホームページの最下部に、＜メールで連絡＞があります。これをクリックすれば新規メール画面が開きます。この募集用紙を添付ファイルとして送信してください。（このメールアドレスを「連絡先メールアドレス」として収録します） |

　応募期限：平成29年10月25日（厳守）

920-0032 金沢市広岡町イ25-10

石川県薬剤師会 薬局実務実習委員会

Tel. 0766-231-6634 Fax 076-223-1520