

平成 29 年度 健康サポート薬局に係る研修（研修会 A・B） 申込書

申込日 平成29年 月 日

一般社団法人三重県薬剤師会
会長 西井政彦様

※ 申込書に不備がある場合、受付できませんのでご注意ください。

受講番号	※実施機関記入
------	---------

(フリガナ) 申込者氏名		薬剤師登録番号	第	号
		登録年月日	昭和	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 日本薬剤師会会員(1,000円・税込)		<input type="checkbox"/> 非会員(5,000円・税込)
〔研修会 A・B 参加費及び証明書発行手数料を含む〕				
薬局名				
薬局所在地	〒 _____			
薬局 TEL/FAX	TEL		FAX	

重要 必ずご記入ください。

本研修会は、健康サポート薬局の届出を前提に資格要件を取得していただくために開催するものです。受講定員に限りがあるため、以下の質問に正確にお答えください。なお、その回答内容により受講をお断りする場合があります。

① 受講される方は通算 5 年以上の薬局での勤務経験があるか？

有 無

② 健康サポート薬局の基準(厚生労働省告示第 29 号)に対応しているか？ 今後速やかに対応できるか？

有 無

③ 知識習得型研修(日薬 e-ラーニング)を速やかに受講後、早期に日本薬剤師研修センターへ修了証発行申請を行い、三重県へ届出を行うことができるか。

はい いいえ

上記のとおり、研修を申し込みます。

※ ここに記入いただいた個人情報、健康サポート薬局に係る研修会の実施の目的以外には使用いたしません。
※ 今回の研修会は日本薬剤師研修センター認定制度の単位(シール)の交付はありません。