

【送信先】

福島県保健福祉部薬務課（担当 滝田） 行き

e-mail: yakumu@pref.fukushima.lg.jp

FAX: 024-521-7992

地域医療介護総合確保基金事業

令和元年度在宅医療エキスパート薬剤師人材育成セミナー参加申込書

本セミナーへ参加したく、下記のとおり申し込みいたします。

記

施設名			
氏名		薬局薬剤師	・ 病院薬剤師
参加希望日 いずれか 1カ所を ○で囲んで 下さい。	第1回	令和2年1月26日(日)	
	第2回	令和2年2月2日(日)	
	第3回	令和2年2月22日(土)	
在宅医療にかかる実績： 保険点数算定あり 症例 件/月 保険点数算定なし 症例 件/月			
※ 実習班分けの際の参考とさせていただきますので、具体的な件数を記入してください。			
連絡先	店舗電話番号	()	
	店舗FAX番号	()	
	Eメールアドレス	()	
	担当者名	()	※
※ 別に担当者がいる場合は記入してください。			

申込み締切日：令和2年1月15日(水)

※ 先着順での受付につき、定員となり次第締め切りますので、お早めにお申し込みください。

なお、各日の申し込み終了のお知らせについては、薬務課ホームページをご確認ください。

◆お申込みは、EメールもしくはFAXで受付いたします。

事務局からEメール返信を差し上げ、受講が確定いたしますので、Eメールアドレスの記載をお願いします。

なお、お申込み後1週間が経過しても返信がない場合は、下記までご連絡願います。

◆受講に関してご不明な点等がございましたら、下記連絡先までお問い合わせください。

お問い合わせ先 福島県保健福祉部薬務課 担当 滝田（電話 024-521-7233）