

様式1

平成 年 月 日

社団法人茨城県薬剤師会
会長 根本清美 殿

集合研修会受講シール請求書

下記の研修会に参加したので、(財)日本薬剤師研修センターが発行する研修認定薬剤師制度の受講シールを請求します。

集合研修会 参加者	ふりがな 氏名	⑩
	自宅住所	(〒) 電話 :
	勤務先名称	
	勤務先所在地	(〒) 電話 :
参加した 集合研修会	日時	平成 年 月 日 () : ~ :
	会場	
	研修会名称	
	主な演題	

支部研修担当者記入欄

上記の者が受講したことを証明致します。

研修会担当者の印又は署名 : _____

※本請求書は、80円切手を貼り返信先が記載された、シール送付用封筒を同封の上、下記の宛先に郵送してください(研修会開催日翌日から7日間以内必着)。

宛先 : 〒310-0852 水戸市笠原町 978-47 茨城県薬剤師会事務局 受講シール係

お問合せ : 茨城県薬剤師会事務局 (電話 029-306-8934)