

八幡薬剤師会薬局無菌調剤室「実習研修」申込書

(申込日) 令和 年 月 日

公益社団法人 八幡薬剤師会会長 殿

薬局の 情報	名称			
	所在地	〒		
	電話番号	TEL	()	
利用者名				
利用者区分	薬剤師会 (会 員 ・ 非会員)			
実習希望日	月 日			
研修の修了	修了証番号 ()			
研修料金	無料	5,000円	10,000円	

要望事項			
------	--	--	--

(注意事項)

※本申込書は、必要事項を記入の上、八幡薬剤師会にFAXまたはメール(office@hachiyaku.or.jp)で提出すること。

※研修時間は、八幡薬剤師会よりご連絡いたします。

※修了証番号は、研修の修了証に記載された番号を記入すること。

※研修料金は、会員は無料、会員薬局非会員・他地区会員は5,000円、非会員は10,000円とする。

八幡薬剤師会
電話093-661-1166 FAX093-661-1066