**研修会受講シール引換用紙**

山形県病院薬剤師会

|  |  |
| --- | --- |
| 開　催　日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日　 |
| 研修会名 |  |
| 所属施設名 |  |
| 氏　　　名 |  |
| 県病薬会員 | □ 会　員 |
| □ 非会員（必須）薬剤師免許番号：（　　　　　　　　） |

受講シールの種別

以下のいずれか希望するものにチェックをしてください。

|  |
| --- |
| * 日病薬病院薬学認定
 |
| * 日本薬剤師研修センター認定

　　**（必須）受け取ったシール番号**（　　　　　　　　　　） |

※受講シールの引換は、研修会終了後、受付にて行います

 **注：県薬と共催の場合、研修センター認定受講シールの受け取りは
県薬の指示に従ってください**

*（事務連絡）この用紙は山形県病薬事務局まで提出のこと*