

第1回なかつ広域「がん化学療法」学びのすすめ参加申込書

FAX:0979-22-2448(鑑文不要そのままお送り下さい)

ふりがな

氏名

性別 男・女

勤務先住所:〒

勤務先電話番号

FAX

勤務先施設名・所属

経験年数

年

E-mail

単位申請を希望の方はチェック願います。

病院薬剤師会がん薬物療法認定薬剤師

日本薬剤師研修センターシール

外来がん治療認定薬剤師

懇親会参加希望の有無

有・無

* 研修会終了後、親睦をより深めるため懇親会を予定しております。参加人数の事前把握のため参加希望の有無をご記入下さい。会費は3500円です。当日受付時に参加費(1000円)とあわせて会場入口で頂きます。

●今研修会への参加動機

●がん患者の処方監査・服薬指導の場面で悩んだ事や迷った事がありましたら、記載願います

申し込み期限:平成29年6月30日(金)まで

(事務担当)中津市民病院 相談支援センター 石川・平岡

(代表)TEL:0979-22-2480 (直通)TEL:0979-22-6521

E-mail:soudan@nakatsu-hosp.jp

※申込書に記載いただいた個人情報は本研修会実施・単位申請目的のみに使用いたします。