

第4回なかつ広域「がん化学療法」学びのすすめ参加申込書

(中津市民病院での集合研修専用)

FAX:0979-22-2448(鑑文不要そのままお送り下さい)

ふりがな

氏名

薬剤師免許番号

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受講シール※

外来がん治療認定薬剤師

日本病院薬剤師会認定単位

日本病院薬剤師会認定単位、日本薬剤師研修センター受講シールは重複不可です。

(※受講シール申請に際し、日本薬剤師研修センターへ氏名、薬剤師免許番号を報告いたします。ご了承願います)

配布ファイル 有・無 ※第1回(29. 8/5 開催)・2回(30. 8/18 開催)第3回(元年8/3 開催)
のなかつ広域「がん化学療法」受講者は、その際に配布したリングファイルをお持ちください。

●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:令和2年7月27日(月)まで

※会場での受講は感染予防のため、先着順で12名までとさせていただきます。

WEB研修(Zoom使用)の方は事務局へEメール(soudan@nakatsu-hosp.jp)にて申し込み願います。

(事務担当)中津市民病院 相談支援センター 石川・矢岡

(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。