

日本女性薬剤師会 2024 年度薬剤師継続学習通信教育講座受講申込書

薬剤師継続学習通信教育講座受講をお申し込みの方は受講料をゆうちょ銀行口座へお振込み後、下記に記載のグーグルフォームの URL をダウンロードし必要事項をご入力の上送信して下さい。グーグルフォームからの入力が困難な場合は下表に必要事項を記入し事務局まで FAX でお送りください。(メール添付、郵送でも可)

申込書受理のご連絡は致しませんのでご了承ください。

※ 平成 25 年度から通信教育で単位取得の場合は毎年申請をすることができます。また、单元ごとに論文入門研修講座で論文を書き提出すると 2 単位取得出来ます。(単位申請には別途料金 2,000 円がかかります。)

【受講料】 一般社団法人 東京都女性薬剤師会 2024 年度会員 16,000 円 *
非会員 20,000 円

*納入されました受講料の返却はできませんのでご承知おき下さい。

*東京都女性薬剤師会入会については事務局までお問い合わせください。

*2024 年度会費入金日は必ずご記入ください。

【締め切り】 2024 年 5 月 31 日(金)

【郵便振替口座】 00120-1-485810 名義：一般社団法人 東京都女性薬剤師会

【銀行からのお振込み】 ゆうちょ銀行(9900)店番 019 店名 019 店 (ゼロイチキューウ店)

当座 0485810 一般社団法人東京都女性薬剤師会

【申込書記入 URL/QR コード】

<https://forms.gle/5d9Dh4trxLqcz7KA>



【FAX 送信先】 03-5244-4077 一般社団法人 東京都女性薬剤師会事務局

住所： 〒101-0021 東京都千代田区外神田 2-2-17 喜助お茶の水ビル 3 階

☎ : 03-5244-4857 E-mail : to-joyaku@kxb.biglobe.ne.jp

お電話での問い合わせは月・火・木 10 時 30 分～16 時までにお問い合わせいたします。

◆メール、FAX での申し込みの場合の記入項目 [*印必須]

フリガナ

*お名前 _____ *生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

*薬剤師免許番号 _____ *性別 女性・男性・その他 (○で囲んでください)

*東京都女性薬剤師会 会員・非会員 (○で囲んでください)

*勤務 病院・薬局 (開・勤)・その他・未就業 (○で囲んでください)

*電話 _____ FAX _____

*テキスト送付先 〒 _____ 都・府・県

メールアドレス _____

@ _____

*受講料入金日 _____

*都女薬会費入金日 _____

※2024 年度薬剤師継続学習通信教育講座の受講を申し込みます。

(該当を○で囲んで下さい)

・通信教育で受講希望

・自己研修で受講希望

(参考) 2023 年度受講状況 ・通信教育で受講 ・自己研修で受講

・受講していない