平成29年度 北海道病院薬剤師会 実務研修会

参加申込用紙

申込締切：2017年8月18日（金）

下記フォームに記入し、メールまたはFAXで 事務局　小野 宛にお申し込みください。

メールの件名は「北病薬実務研修会申込」として、ファイルを添付してください。

参加申し込みは施設ごとに取りまとめて送付願います。第二部は参加申込不要です。

研修シールは当日変更可能ですが、準備の都合上回答にご協力願います。

ランチョンセミナーの予約はできません。チケットは9：45から会場にて配布いたします。

送付後3日以内に受信の連絡がない場合は事務局までお問い合わせください。

E-mail：hokubyo@asahikawa-med.ac.jp FAX：0166-65-1392

日時： 2017年9月3日（日）　10：15～11：50

会場： 大雪クリスタルホール　国際会議場

旭川市神楽3条7丁目1　TEL：0166-69-2000

参加費： 500円 （受付にて徴収いたします）

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 代表者氏名 |  |
| メールアドレス |  |
| FAX |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 参加者氏名 | 希望の研修シール（1単位） |
|  | □日病薬　□研修センター |
|  | □日病薬　□研修センター |
|  | □日病薬　□研修センター |
|  | □日病薬　□研修センター |
|  | □日病薬　□研修センター |

　　　お問い合わせ先：一般社団法人 北海道病院薬剤師会　事務局　　http://www.doyaku.or.jp/hokubyo/　　担当：小野　尚志

　　　　旭川医科大学病院薬剤部内　　TEL：0166-69-3493　　FAX：0166-65-1392　　E-mail：hokubyo@asahikawa-med.ac.jp