**■第29回医療薬学会年会　ワークショップ1 参加登録書■**

　送信先：　第29回医療薬学会年会運営事務局 29jsphcs@congre.co.jp

送付締切：　10月11日(金)

|  |  |
| --- | --- |
| ワークショップ申込番号 |  |
| 氏名（ふりがな） |  |
| 連絡先 | TEL：（　　　　　　）　　　　　　－e-mail：　　　　　　　＠ |
| 施設 |  |
| 施設の所在地 | 〒　　　　　－ |
| 病棟業務経験年数 | 通算　　　　年　　　か月 |
| 資格・認定 |  |
| WS参加目的（薬物療法専門薬剤師の取得、自施設の病棟業務の充実、地域病院薬剤師会の活性化等、できるだけ詳しくご記入ください） |  |