

昭和大学薬学部認定薬剤師研修手帳購入申請用紙（郵送用）

申請日	年 月 日		
ふりがな 氏 名	(男・女)	生年月日	(西暦) 年 月 日
現住所	(〒 -) 連絡先電話番号 () (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯)		
手帳郵送先	(〒 -) 連絡先電話番号 () (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯) ※現住所と同一の場合、同上と記入願います。		
メールアドレス (携帯電話不可)	@		
勤務先名称			
備考			

※手帳料金（800円）をホームページに掲載の銀行口座にお振込み下さい。

本申請用紙の裏面に手帳料金の「振込票兼受領書」のコピーを貼付の上、簡易書留にて昭和大学薬学部 薬剤師生涯研修認定制度事務局（学事部内）宛にお送りください。

受付完了後、認定薬剤師研修手帳を郵送させていただきます。

【事務記入欄】

受 付 者				振込日
料 金	800円			
発 行 No	発送年月日	年 月 日	年 月 日	