

FAX登録用紙

FAX 089-921-5353

一般社団法人 愛媛県薬剤師会 復職支援相談窓口 宛

薬剤師の復職支援相談窓口登録

送付日: 令和 年 月 日

次の通り、薬剤師の復職支援相談窓口に登録します。

登録内容	
ふりがな	
① 氏名	
② 連絡先(住所)	〒
(電話番号)	
(携帯電話)	
(FAX)	
(E-mail)	
③ これまでの就業経験	あり(薬局 計 年、病院 計 年) ・ なし
④ 保険薬剤師登録	登録票を持っている ・ 持っていない ・ 不明
⑤ 研修希望期間	時間帯(~) ・ 曜日() ・ 期間(日間程度)
⑥ 実務実習の希望	希望あり ・ 希望なし
⑦ 受けたい研修内容 (複数回答可)	疾患と薬剤 ・ 保険調剤請求算定に関して ・ 調剤 ・ 服薬指導 薬歴記載や入力 ・ OTC ・ 在宅 ・ コミュニケーションスキル 医薬品と副作用 ・ その他()
⑧ その他特記事項 (自由意見等)	
研修時の 託児について	要 ・ 不要 ()

※ご登録いただいた個人情報は、薬剤師会で厳重に管理し、薬剤師の復職支援の目的以外には使用いたしません。