

平成27年度
H I V感染症薬物療法認定薬剤師認定試験 申込書

※ 施設名	
※ 所属部署名	
役職名	
※ 施設所在地	〒
フリガナ ※ 氏名	
※ TEL	
FAX	
《緊急連絡先》 * 携帯電話	
日病薬会員番号	
備考	

注1 ※印は記載必須項目です。

注2 *印は震災等の影響により急遽中止等、緊急の連絡を行う可能性がありますので、その場合は携帯電話にもご連絡いたします。