

日本病院薬剤師会 事務局総務課宛
FAX 03-3797-5303

平成29年度
H I V感染症専門薬剤師認定試験 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》 * 携帯電話番号 | |
| 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。