

佐賀県病院薬剤師会研修を Web で受講され、研修シール等の配布を希望される方は、下記の「お願い」に従って、申込み手続きをお願いいたします。

尚、佐賀県病院薬剤師会の会員の方は本申請は不要です。

#### お願い

- ・下記の申請書に漏れなく記載の上、返信用の切手を貼った返信用封筒と共に下記の送付先に必ず郵送して下さい。
- ・申請の申込み封筒には「**研修シール申請書在中**」と明記しておいて下さい。
- ・同封していただく**返信用封筒にはシール送付宛先（住所・郵便番号・氏名）と必要額の切手を貼付**しておいてください。書留郵送を希望される場合は追加の切手の貼付と書留と記載して下さい。
- ・また、研修シールの配布には2～3ヶ月必要な場合がありますのでご了承下さい。

### 佐賀県病院薬剤師会研修シール申請書

申請者氏名 \_\_\_\_\_

#### 連絡先

- ・郵便番号及び住所

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

所属医療機関名称 \_\_\_\_\_

私は、\_\_\_\_月\_\_\_\_日に開催された佐賀県病院薬剤師会（主催・共済）の研修会  
研修会名

\_\_\_\_\_の Web 研修を受講しました  
ので、該当する研修シール等を配布していただくよう返信用封筒を同封して申し込みいた  
します。

連絡・メモ等： \_\_\_\_\_

申請先：〒849-8501 佐賀市鍋島5丁目1番1号 佐賀大学医学部附属病院薬剤部内  
佐賀県病院薬剤師会事務局 電話：0952-34-3172 担当 大石まで