

奈良県薬剤師会 **学校薬剤師登録票**

お名前 _____

携帯電話番号 _____

メールアドレス _____

自宅住所 〒 _____

勤務地希望 _____ どこでもよい ・ リクエストあり

リクエスト 勤務地に近い ・ 自宅に近い ・ (_____)

現勤務先 _____

現勤務先電話番号 _____

現勤務先責任者確認 _____ 済 ・ 未

奈良県薬剤師会 会長殿

私は別紙の事項を確認し学校薬剤師への登録をいたします。

日 付 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

本人署名 _____

勤務先店舗名 _____

責任者署名 _____

奈良県薬剤師会まで返信をお願いします FAX 0744-22-2739