

# 急患センター出動薬剤師 新規登録申込書

申込日	年 月 日
ふりがな <sup>[ ]</sup> <sub>SEPI</sub> 氏名(署名または記名捺印)	印男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日
ふりがな 勤務先名	
勤務先電話番号	
緊急連絡先電話番号 (携帯電話)	
連絡先(送付先)住所	
メールアドレス	(PC): (携帯):
調剤経験年数 (常勤・常勤に準ずる)	年
勤務先の承諾	勤務先名 役職名 承諾者署名 又は(記名押印)

※ 提出先

〒939-8057 富山市堀27番地2 (富山県薬剤師会館内)  
公益社団法人富山市薬剤師会事務局

TEL 076-420-7489 (郵送又はご持参ください。)