

## 一社) 薬剤師あゆみの会(G03) 後援研修会 受講者名簿

<ご記載にあたっての注意事項>

薬剤師あゆみの会認定薬剤師研修会の認定単位をご希望の方は、以下の名簿欄の全ての項目をご記入下さい。

※薬剤師あゆみの会の会員か否かについてご記入下さい

	お名前	ご所属の企業または薬局名	薬剤師名簿登録番号	※
1	フリガナ -----			会員 ・ 非会員
2	フリガナ -----			会員 ・ 非会員
3	フリガナ -----			会員 ・ 非会員
4	フリガナ -----			会員 ・ 非会員
5	フリガナ -----			会員 ・ 非会員
6	フリガナ -----			会員 ・ 非会員
7	フリガナ -----			会員 ・ 非会員
8	フリガナ -----			会員 ・ 非会員
9	フリガナ -----			会員 ・ 非会員
10	フリガナ -----			会員 ・ 非会員

※ご記入いただいた個人情報は、認定薬剤師研修単位発行以外の使用、第三者への開示・提供はいたしません。