

【第9回なかつ広域「がん化学療法」学びのすすめ参加申込書】

中津市民病院での集合研修専用

FAX: 0979-22-2448 (鑑文不要そのままお送り下さい)

ふりがな

氏名

勤務先住所: 〒

勤務先電話番号

FAX

勤務先施設名・所属

経験年数

年

E-mail

薬剤師免許番号

(日病薬病院薬学認定単位希望者のみ)

事前登録用二次元コード

参加を希望される方は7月25日(金)までに必要項目の入力をお願いいたします

(二次元コードで登録いただいた場合、FAXは不要です)



薬剤師の方は単位申請を希望の方はチェック願います。

(日本病院薬剤師会認定単位、日本薬剤師研修センター単位の重複不可)

☐ 病院薬剤師会がん薬物療法認定薬剤師

☐ 日本薬剤師研修センター(電子付与)入退室管理のため遅刻は厳禁です。

☐ 日本臨床腫瘍薬学会 外来がん治療認定薬剤師認定単位

☐ 日本病院薬剤師会病院薬学認定薬剤師認定単位(電子付与)

本研修会のHOPESSへの参加登録は主催者側で行いますので「受講者本人の出席登録」は不要です。

配布ファイル 有・無 ※過去8回のなかつ広域「がん化学療法」受講歴のある方は、その際にお渡ししたリングファイルをお持ちください

懇親会参加希望の有無 有・無

* 研修会終了後、親睦をより深めるため懇親会を予定しております。参加人数の事前把握のため参加希望の有無をご記入下さい。会費は5000円です。当日受付時に参加費(1000円)とあわせて会場入口で頂きます。

●今研修会への参加動機

●がん患者の処方監査・服薬指導・副作用のフォローアップ・薬の管理等で悩んだ事や迷った事がありましたら、記載願います

申し込み期限: 令和7年7月25日(金)まで

(事務担当)中津市民病院 患者サポートセンター 石川・田口

(代表)TEL: 0979-22-2480 (直通)TEL: 0979-22-6521 (月～金 8:30～17:00)

E-mail: soudan@nakatsu-hosp.jp

※申込書に記載いただいた個人情報は本研修会実施・単位申請目的のみに使用いたします。