

FAX 089-921-5353

一般社団法人 愛媛県薬剤師会 復職支援相談窓口 宛

薬剤師の復職支援相談窓口登録

送付日：令和 年 月 日

次の通り、薬剤師の復職支援相談窓口に登録します。

登録内容
(フリガナ)
① 氏 名：
② 連絡先（住所）：〒
(電話番号)：
(携帯電話)：
(FAX)：
(E-mail)：
③ これまでの就業経験： あり（薬局 計 年、病院 計 年） ・ なし
④ 受けた研修内容： 複数回答可 疾患と薬剤・保険調剤請求算定に関して・調剤・服薬指導・薬歴記載や入力・OTC・在宅 コミュニケーションスキル・医薬品と副作用・その他（ ）
⑤ 保険薬剤師登録： 登録票を持っている ・ 持っていない ・ 不明
⑥ 研修希望期間：時間帯（ ～ ）・曜日（ ）・期間（ 日間程度）
⑦ 実務実習の希望： 希望あり ・ 希望なし
⑧ その他特記事項（自由意見等）
⑨ 研修時の託児について（希望される方はご記入ください）
お子様氏名(フリガナ)
性別
生年月日

* ご登録いただいた個人情報は、薬剤師会で厳重に管理し、薬剤師の復職支援の目的以外には使用いたしません。