**薬剤師の再就業支援講座申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| **氏名** |  |
| **年齢** |  |
| **住所** |  |
| **連絡先** | **電話：****FAX：****E-mail:** |
| **出身大学** |  |
| **職歴** |  |
| **現在の状況** | * **休職中（　　　）年間**
* **行政職**
* **会社勤務**
* **その他**
 |
| **再就業支援講座に****望むこと** |  |

**下記までご送付ください。**

**大分県薬剤師会 事務局　〒870-0855 大分市豊饒2丁目11番3号**

**TEL 097-544-4405**

**FAX 097-544-1051**