

【第7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 \_\_\_\_\_ 性別 男・女 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

単位申請を希望の方はチェック願います。

- 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受講シール※  
 外来がん治療認定薬剤師       日本病院薬剤師会認定単位  
日本病院薬剤師会認定単位、日本薬剤師研修センター受講単位の重複不可です。  
(※日本薬剤師研修センターは電子付与になっています。時間の入退室管理のため遅刻は厳禁です。)

配布ファイル 有・無 \_\_\_\_\_ ※過去6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

●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5年7月28日(金)まで

(事務担当)中津市民病院 相談支援センター 山本・石川  
(代表)TEL:0979-22-2480 (直通)TEL:0979-22-6521  
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。