

DVD研修申請書

年 月 日

新潟薬科大学高度薬剤師教育研究センター長 殿

申請者氏名	ふりがな				⑩
	氏 名				
生年月日	(西暦) 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	
研修認定薬剤師番号	N	薬剤師生涯教育講座受講者番号			
出身大学		卒業年次	(昭和・平成)	年	
現住所	〒				
電話番号	- -	FAX番号	- -		
E-mail (携帯アドレス不可)	@				
希望DVD番号	(DVD貸出リストをご参照ください)				
DVD配送先	〒 (上記と異なる場合のみ記載してください)				
添付書類 (該当項目の□に チェック)	<input type="checkbox"/> 360円レターパック (DVD送付用) <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 研修認定薬剤師証 写し <input type="checkbox"/> 薬剤師生涯教育講座受講証 写し				

個人情報保護法を遵守し、申請書に記載された個人情報は管理責任者のものと適正に取り扱います。

【注意事項】

- ・ DVD研修の受講を申請するには、新潟薬科大学「生涯研修認定制度」(薬剤師生涯教育講座)への登録が必要となります。DVD研修のみの受講申請はできませんので、ご注意ください。
- ・ DVD研修は、年間4講座(2単位分)まで貸出可能です。
- ・ 新潟薬科大学「薬剤師生涯教育講座」を受講した回については、DVD研修の受講申請や単位シールの発給はできません。

※新潟薬科大学記入欄

受付日	年 月 日	担当者
DVD発送日	年 月 日	
DVD返却日	年 月 日	