日本精神薬学会　事務局宛

E-mail　contact@js-pp.or.jp

**「精神薬学会認定薬剤師」認定試験 申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| * 記　入　日
 | 西暦　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| * 施　設　名
 |  |
| * 所属部署名
 |  |
| 　 役　職　名 |  |
| * 施設所在地
 | 〒 |
| ふりがな* 氏　　　名
 |  |
| * ＴＥＬ
 |  |
| 　　ＦＡＸ |  |
| 《緊急連絡先》＊携帯電話番号 |  |
| JSPP会員番号(4桁) |  |
| 備　考 |  |

注１　※印は記載必須項目です。

注２　＊印は震災等の影響により急遽中止等、緊急の連絡を行う可能性がありますので、

その場合は携帯電話にもご連絡いたします。