

# 宮城県薬剤師会

## 未就業薬剤師復職支援プログラム申込書

記入年月日:           年    月    日

フリガナ			連絡先	(自宅)	-	-					
お名前				(携帯)	-	-					
性別	男	・	女	生年月日	年	月	日 (記入時)	歳			
ご住所	〒           -										
薬剤師名簿登録番号	第						号	登録年月日	年	月	日
薬剤師としての勤務経験	勤務期間				勤務施設(名称は不要です)						
	年	月	~	年	月	薬局・病院・その他( )					
	年	月	~	年	月	薬局・病院・その他( )					
	年	月	~	年	月	薬局・病院・その他( )					
希望する実習先	地区(希望する地区に○印をしてください)										
	仙 台   ・   県 南   ・   県 北										
ご意見・ご要望等											

一般社団法人

宮城県薬剤師会 行

FAX

022-391-6640

FAX送信向き

迷っている方は、  
まず実務を体験してみませんか？  
詳しい事やご不明点などについては、  
遠慮なくお気軽にお問合せください。