

受講希望研修確認票

勤務先 _____

氏名 _____

令和元年度高知県地域リーダー薬剤師養成研修 希望研修について

研修	研修名	日時	開催場所	受講希望 (○を記入) ※1
1	地域リーダー薬剤師養成研修	令和元年7月21日(日) 9:30~16:30	高知県職員能力開発センター3階 (高知市丸ノ内2丁目1-19)	
2	地域リーダー薬剤師養成研修	令和元年7月28日(日) 9:30~16:30	須崎福祉保健所2階大会議室 (須崎市東古市町6-26 須崎第二総合庁舎)	

※1 両日可能な場合、第1希望には◎、第2希望には○を記入してください。
出席希望者がいない場合もその旨をご連絡ください。

FAX またはメールにてご返送ください。

提出期限：令和元年6月28日(金)

高知県健康政策部医事業務課 吉田 行

FAX：088-823-9137

メール：hiroko_yoshida@ken2.pref.kochi.lg.jp