

【オンライン型】健康サポート薬局 企業型研修申込書

・日本保険薬局協会が以下の日時に開催する健康サポート研修について企業として参加希望いたします。

申込日： 年 月 日

企業名			
開催希望日	※協会役職員が管理上参加します。役職員対応可能日時、調整いたします。		
	① 年 月 日 曜日	② 年 月 日 曜日	③ 年 月 日 曜日
希望研修時間 ※研修は2時間半程度となります	※9：00～18：00の間で2時間半になるように記載してください。 ： ～ ：		
受講者数(予定)	名	※30名が基本となります。	
講師氏名・役職・分担 (予定お二人の名前)	氏名・役職・講義分担		氏名・役職・講義分担
ファシリテーター、 ないしサポート (予定人数とお名前)	受講30名～40名…1名 40名～50名…2名のお名前お願いいたします。		
	名	氏名・役職	
窓口 担 当 者	部署		役職
	ふりがな		
	氏名		
	住所	〒	
	TEL		携帯電話
e-mail			
支払方法	※2022年4月より、企業型においても申込時に受講生各自によるクレジットカードでのお支払いのみとなります。		
zoomURL			
ミーティングID			

※zoomURLとミーティングIDは最初に設定いただき送付ください。