

ネオフィストスコレ/申込書

↓ご希望のコースにチェック ☒ を入れてください

コ ー ス	研修時間	受講料
保険調剤基礎コース	6時間×4日間=24時間	<input type="checkbox"/> WEB ～ 1人/120,000円(人数制限なし)
薬局管理完璧コース	6時間×2日間=12時間	<input type="checkbox"/> WEB ～ 3人迄/120,000円(4人以上・要相談)
		<input type="checkbox"/> リアル ～ 1人/70,000円
医療保険と調剤報酬コース	6時間	<input type="checkbox"/> WEB ～ 3人迄/60,000円(4人以上・要相談)
		<input type="checkbox"/> リアル ～ 1人/35,000円
薬歴管理とかかりつけ薬剤師実践コース	6時間	<input type="checkbox"/> WEB ～ 3人迄/60,000円(4人以上・要相談)
		<input type="checkbox"/> リアル ～ 1人/35,000円
在宅医療基礎コース	6時間×2日間=12時間	<input type="checkbox"/> WEB ～ 3人迄/120,000円(4人以上・要相談)
		<input type="checkbox"/> リアル ～ 1人/70,000円
在宅医療実践コース	6時間	<input type="checkbox"/> WEB ～ 3人迄/60,000円(4人以上・要相談)
		<input type="checkbox"/> リアル ～ 1人/35,000円
セルフメディケーショントリアージコース	6時間	<input type="checkbox"/> WEB ～ 3人迄/60,000円(4人以上・要相談)
		<input type="checkbox"/> リアル ～ 1人/35,000円
調剤報酬改定研修&介護保険改定研修	2時間	<input type="checkbox"/> WEB ～ 何人でも一括 120,000円(人数制限なし)

*リアル研修の場合は、研修室の準備をお願いします。交通費は実費を請求いたします。

*WEB研修の場合は、6時間コースのものを3時間ごとの2回、12時間コースのものを6時間ごとの2回、あるいは3時間ごとの4回に分割しての研修もお受けいたします。

希望開催日	第1希望日 (年 月 日 午前 ・ 午後)	開催希望日時に関して何かありましたらご記入ください
	第2希望日 (年 月 日 午前 ・ 午後)	
	第3希望日 (年 月 日 午前 ・ 午後)	

会 社 名	ふりがな	ふりがな	連絡希望事項
	会 社 名 (正式名称)	薬局名または 事業所名	
	所在地：〒		
	電話番号： ()	FAX番号： ()	
	責任者氏名：	所 属 役職名	
受 講 者 名	ふりがな	勤務先名：	
	受講者 氏 名：	Mail アドレス：	
	教材送付先 → 自宅・薬局(薬局名：)・その他()		
	住 所：〒		
	電話番号： ()	FAX番号： ()	

受講申込先
(郵送かFAXどちらかで)

＜郵 送 先＞〒153-0063 東京都目黒区目黒1-6-23 (有)ネオフィスト研究所

<FAX送信先> **03 (5759) 1724** (有)ネオフリスト研究所